## Avant intervention et lors de l'hospitalisation

### Bilan préopératoire

- Consultation ..... prévue le :
  |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|
- Consultation ..... prévue le :
  |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|
- Consultation ..... prévue le :
  |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|
- Consultation ..... prévue le :
  |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|

### RDV Chirurgien

- **Chirurgien :** .....
- Tél secrétariat : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
- Consultation prévue le :
  |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|

### RDV Anesthésiste

- **Anesthésiste :** .....
- Tél secrétariat : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
- Consultation prévue le :
  |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|

**À faire**

- Compléter le questionnaire pré-anesthésique
- Réaliser et apporter les examens du bilan préopératoire
- Apporter votre carte de groupe sanguin
- Apporter la dernière ordonnance du traitement en cours

### RDV Information patient

- **Infirmière :** .....
- Tél secrétariat : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
- Consultation d'information sur la réhabilitation améliorée prévue le :
  |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|

### La veille de l'intervention

**À faire**

- Retirer le vernis à ongles ou les faux ongles
- Ne pas manger dans les 4 à 6 h précédant votre intervention
- Respecter les consignes du médecin concernant la prise de vos médicaments

### Le jour de l'intervention

**À apporter**

- Pièce d'identité
- Carte vitale
- Appareil contre les apnées
- La paire de bas anti-thrombose
- Les résultats d'examens
- Carte mutuelle
- Médicaments prescrits
- Carte de groupe sanguin

**À faire**

- Prendre une douche au savon ou équivalent
- Ne pas porter de bijoux, de lentilles de contact
- Retirer prothèses dentaires, auditives
- Boire une boisson sucrée 2 heures avant l'opération

## Après intervention : Suivi régulier et à vie

### RDV Chirurgien

Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|
Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|

### RDV nutritionniste/diététicien

Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|
Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à |__|__|h |__|__|

Ce passeport est destiné à vous informer sur la chirurgie bariatrique et la réhabilitation améliorée après chirurgie. Il ne peut en aucun cas se substituer aux recommandations de votre médecin ou de votre chirurgien. N'hésitez pas à leur demander des précisions sur les points qui ne vous paraitraient pas suffisamment clairs et à leur demander des informations supplémentaires sur votre cas particulier. Les informations contenues dans ce passeport sont générales ; elles ne sont pas forcément adaptées à votre cas particulier.

Ce document ne se substitue pas aux recommandations des autorités de santé ou à celles des sociétés savantes. Pour plus d'information sur la chirurgie bariatrique et la réhabilitation améliorée après chirurgie, veuillez consulter votre médecin ou votre chirurgien.

ANES-1217846-0001 – Août 2017



MSD INVENTING FOR LIFE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

# PASSEPORT CHIRURGIE BARIATRIQUE

Ce passeport contient les documents nécessaires à chaque étape de votre parcours de soins.
Merci de le conserver et de le présenter à chaque rendez-vous.

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

MSD Parcours de Santé

MSD INVENTING FOR LIFE