

## A L'ATTENTION DES PATIENTS OPERES DE LA CATARACTE EN AMBULATOIRE

Madame, Monsieur,

Vous serez opéré le .....

Dès aujourd'hui, prenez rendez-vous chez votre médecin traitant, muni des feuilles que votre médecin ophtalmologue vous aura remises. Vous les ferez remplir par votre médecin traitant et vous les enverrez à la Clinique Moncor, à l'attention du

### Médecin-anesthésiste qui préparera votre dossier en vue de l'opération.

L'anesthésiste possèdera ainsi suffisamment de données médicales pour vous assurer une prise en charge optimale lors de votre opération. Toutefois, il se réserve le droit de vous téléphoner s'il y a des questions au sujet de votre dossier ou si celui-ci est incomplet. Durant votre intervention, l'anesthésiste vous administrera un minimum de médicaments nécessaires au bon déroulement de l'opération qui sera de courte durée. Elle se fera avec des gouttes d'anesthésie locales (anesthésie topique).

### **IMPORTANT !**

### **Il faut venir absolument à jeun**

Cela veut dire :

Il ne faut plus rien manger 6 heures avant l'heure de votre intervention

Mais il est encore possible de boire (eau, thé, café sans lait ni crème) sucrés ou non jusqu'à 2 heures avant de venir.

**Le non-respect de ces règles entrainera le report de votre opération.**

Dès votre arrivée dans notre Clinique, il vous faut compter environ 2 heures avant de pouvoir regagner votre domicile. Ces deux heures comprennent la période de préparation, le temps opératoire, une période de repos et un contrôle final de votre œil opéré

Le jour de l'opération, soit le ..... à .....

- Prenez votre carte d'assurance maladie.
- Mettez des vêtements pratiques et faciles à déboutonner.
- Après une douche ou un bain, ne mettez pas de maquillage (le vernis à ongle est autorisé), ne prenez pas de bijoux et peu d'argent.
- Pensez à informer votre accompagnateur qu'il devra venir vous chercher environ 2 heures après votre arrivée.
- En aucun cas, vous ne pourrez conduire vous-même un véhicule.

Le lendemain de l'opération, vous serez examiné(e) par votre médecin ophtalmologue habituel dans son cabinet.

Soit par le Dr ..... le ..... à ..... h.

## Questionnaire médical avant une opération pour cataracte

### À remplir par le médecin traitant

#### Concerne :

M/Mme : .....né(e) le :..... opéré(e) le :.....

Numéro Cada : 80756.....

Poids : ..... / Taille ...../TA..... Pouls.....

#### Diagnostic(s) :

1 ..... 2.....

3 ..... 4.....

5 ..... 6.....

#### Allergies :

.....

#### Interventions importantes récentes subies par le/la patient(e) :

1.....

2.....

3.....

4.....

#### Médicaments :

1 ..... 2.....

3 ..... 4.....

5 ..... 6.....

#### Laboratoire (seulement les valeurs pathologiques) :

1 ..... 2.....

3 ..... 4.....

5 ..... 6.....

#### Remarques(s) :

.....

**Merci de bien vouloir nous renvoyer le formulaire rempli 10 jours avant l'opération.**

**Date :** ..... **Signature :** .....