

<p>UCA</p> <p>HDJMI</p>	<p align="center">PARCOURS D'ANALGESIE LOCOREGIONALE CONTINUE EN AMBULATOIRE POUR DOULEUR CHRONIQUE</p> <p align="center">« PARCOURS KT-ALR »</p>		<p>Réf : Soins/protocole/ Version 1 Date de création : 5/2/2021 Date d'application : Février 2021</p> <p>Page 1 sur 10</p>
Rédaction	Nom	Fonction	Date et Signature
	Mme Fabienne GRAUX	Cadre de l'HDJ de Médecine Interne	
	M.Ho TECK WAY	Cadre de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire	
	Mme Christine GERVAIS	Cadre de l'Unité Coordination Douleur	
	M.Thierry SAINT-MARC	Cadre d'Anesthésie	
	Mme Cécile CALAMAI	Cadre d'Anesthésie	
	Mme Céline FRIDMAN	Cadre de Bloc	
	Dr Barbara SZEKELY	Médecin Anesthésiste-Algologue, Responsable de l'Unité Coordination Douleur	
	Dr Gaëlle BURDY	Médecin coordonnateur UCA	
	Mme Joëlle JEROME	Pharmacienne Responsable des DIM	
	Mme Aurélie CHAN HEW WAI	Pharmacienne	
	Mme Eve CAMPS	Pharmacienne	
Validation de l'expert	Dr Nejma MABROUK-ZERGUINI	Médecin Anesthésiste-Algologue, l'Unité Coordination Douleur	
Approbation	Dr Morgan LEGUEN	Médecin Responsable du Service d'Anesthésie	
	Mme Dominique REYNAERT	Directrice des soins	

1. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

4.1 Définitions

OMNIPRO : application du dossier de prescription et de soins informatisés

THEO : application informatique de gestion du brancardage

AXYA : dossier administratif informatisé

CESARE : dossier de consultation d'anesthésie informatisé

INTRAANESTHESIA : dossier d'anesthésie informatisé

EASILY : dossier patient informatisé

PCP : dossier gestion trajectoires patients

4.2 Abréviations

ALR : anesthésie/analgésie locorégionale

SSPI : Salle de Soins post-interventionnelle

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

UCD : Unité de Coordination Douleur

HDJMI: Hôpital de jour de médecine interne.

EN : Echelle numérique

FC : fréquence cardiaque

PA : pression artérielle

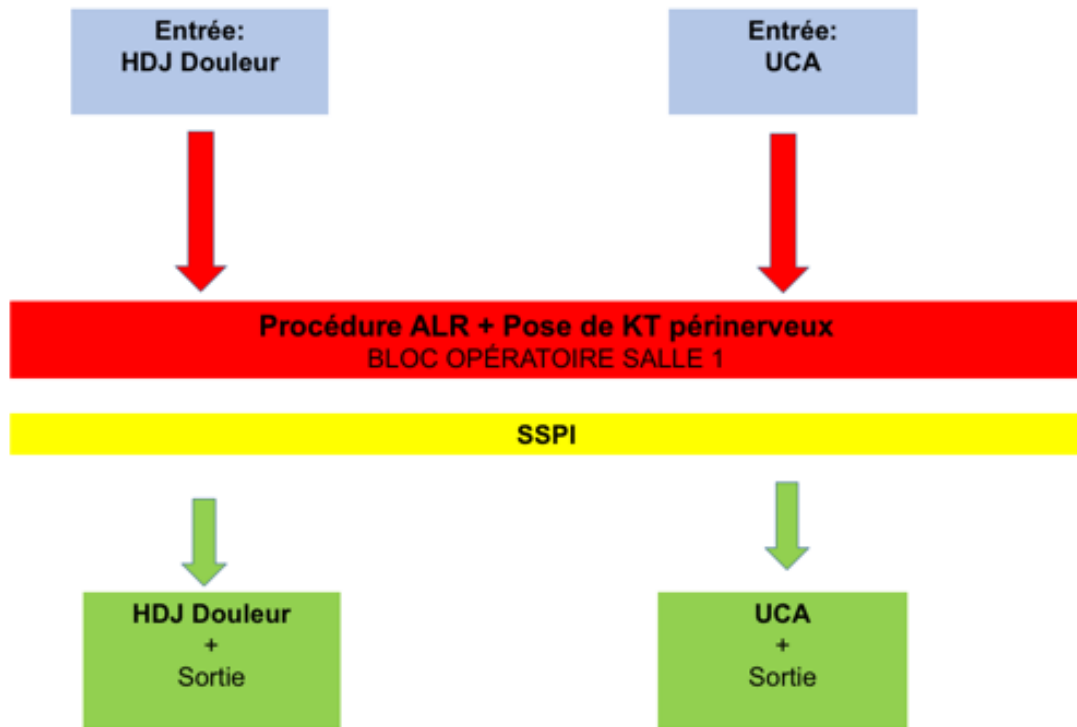
2. OBJET :

L'objectif est de définir le parcours ambulatoire et la prise en charge pré- et post-interventionnelle des **patients douloureux chroniques chirurgicaux et/ou médicaux**, entrant le jour-même en HDJMI ou en UCA, pour réalisation d'une **ALR avec pose d'un cathéter périmerveux** d'analgésie continue à domicile, dans la Salle 1 du Bloc Opératoire.

2. DOMAINE D'APPLICATION :

Ce document est destiné à tous les membres des équipes des unités UCD, HDJMI, UCA, : secrétaires, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, médecins, chirurgiens, ainsi qu'aux cadres de Bloc, SSPI et cadres de soins.

Ce document s'applique aux patients douloureux chroniques ambulatoires, médicaux ou chirurgicaux, devant bénéficier d'une ALR avec pose d'un cathéter périmerveux d'analgésie continue au long cours, selon le parcours suivant:



Le patient médical entre par l'HDJMI, le patient chirurgical par l'UCA. Après son accueil, il est transféré à la Salle 1 du Bloc Opératoire pour ALR avec pose de cathéter périmerveux, puis en SSPI pour surveillance, avant son retour en HDJMI ou en UCA, d'où s'effectue le retour à domicile.

3. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE :

- **Protocole de préparation cutanée pré-opératoire**
- **Protocole de jeûne préanesthésique**
- **Recommandations de la SFAR : Anesthésie locorégionale périmerveuse.** <https://sfar.org/anesthesie-loco-regionale-perinerveuse/>
- **Recommandations communes SFAR / SFETD : Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique.** <https://sfar.org/techniques-analgesiques-locoregionales-et-douleur-chronique/>
- **Gestion des agents antiplaquettaires pour une procédure invasive programmée.** <https://sfar.org/gestion-agents-antiplaquettaires-procedure-invasive-programmee/>

4. PROGRAMMATION DU PARCOURS ALR :

4.1. Consultation d'algologie et d'anesthésie (MAR-algologue):

4.1.2 Objectifs de la consultation d'algologie :

Le MAR-algologue réalise une consultation d'algologie à l'issue de laquelle l'indication d'ALR continue est posée en accord avec le patient, et tracée dans le compte-rendu de consultation réalisé dans Easily.

Indication de l'ALR continue en douleur chronique:

- patient médical ou chirurgical: Syndrome Régional Complexe de type I, en échec de traitement médicamenteux bien conduit.
- patient chirurgical vasculaire : plaie traumatique, post-amputation, ou ulcéreuse, hyperalgique, en échec de traitement médicamenteux bien conduit.

4.1.2 Objectifs de la consultation d'anesthésie :

Une consultation d'anesthésie est réalisée pour évaluer et planifier la prise en charge en ALR, et informer le patient. Le compte-rendu de consultation d'anesthésie est rédigé dans Cesare.

a) Information du patient sur la technique interventionnelle proposée:

Siège du bloc analgésique, point de sortie du cathéter périnerveux, bloc anesthésique complet à l'induction, entretien par bloc sensitivo-moteur partiel, dispositif médical utilisé, relais ou fenêtre d'anticoagulation selon indication, bénéfice attendu, risques et complications potentielles.

Remise de la «[Notice d'information KT-ALR en douleur chronique](#)» avec [formulaire de consentement](#) à signer par le patient après délai de réflexion.

b) Information du patient sur le parcours KT-ALR pour douleur chronique en ambulatoire :

- **Critères d'éligibilité à l'ambulatoire:**

- Pour l'intervention initiale de pose de cathéter périnerveux: respect des critères d'ambulatoire, notamment la présence d'un accompagnant pour le retour au domicile et durant la première nuit.
- En cas de repose d'un cathéter périnerveux dans la continuité du projet thérapeutique : possibilité de retour et de passer la première nuit au domicile sans accompagnant.

- **Informations et documents relatifs au « parcours KT-ALR »:**

1. Information orale concernant les étapes du parcours :

- Pré-hospitalisation :
 - Le bilan biologique pré-interventionnel, les ordonnances, les formulaires CERFA.
 - Prise de contact avec le prestataire à domicile et planification du suivi du cathéter périmerveux.
 - L'appel de la veille par la secrétaire de l'UCA pour communiquer l'heure d'admission
 - Douche savonnée la veille et le matin et pose des patchs d'EMLA sur le dos des mains une heure avant le geste.
- Pendant l'hospitalisation :
 - L'accueil en HDJMI /UCA
 - Le brancardage vers la Salle 1 du bloc opératoire
 - La réalisation du bloc, le branchement de la pompe et la surveillance anesthésique per-procédure
 - La surveillance en SSPI 15 à 60 min
 - Le brancardage vers l'HDJMI/UCA
 - La surveillance en HDJMI/UCA pendant 30 à 60 min
 - La sortie au domicile
- Au domicile :
 - Prise en charge par le prestataire à domicile.
 - Suivi en consultation pansements.
 - Suivi en consultation algologie.

2. Information écrite (pochette KT-ALR):

- le livret de l'HDJMI, [chapitre « Procédure interventionnelle en douleur chronique »](#).
- [« Notice d'information KT-ALR en douleur chronique » avec formulaire de consentement](#)
- [le plan de l'Hôpital Foch](#) pour se rendre à l'HDJMI/UCA.
- [la fiche de convocation](#) mentionnant :
 - la date de convocation
 - l'heure de convocation en HDJMI ou l'horaire à confirmer la veille en UCA
 - le lieu de convocation et les coordonnées de l'HDJMI/UCA.
 - le nom du MAR-algologue intervenant et les coordonnées de son secrétariat.
- [Les ordonnances:](#)
 - 1) douche au savon la veille et le matin de l'hospitalisation de jour.
 - 2) jeûne préanesthésique : strict ou modifié
 - 3) béquilles /écharpe de bras
 - 4) patchs EMLA.
 - 5) relais anticoagulants
 - 6) toute ordonnance complémentaire jugée utile
- [Bons de transport.](#)
- [Fiche Coordonnées de l'entourage.](#)
- [Courrier d'information institutionnel](#), selon contexte

4.2. Demande d'hospitalisation de jour :

- En UCA :
 - Automatique dès lors que le patient est inscrit au programme du bloc sur ORGO et PCP, au moins 7 jours à l'avance.

- Appeler directement M.Teck Way, cadre de l'UCA, si réadmission urgente.
- En HDJMI :
 - Effectuée par le cadre ou par les secrétaires de l'UCD auprès du cadre de l'HDJMI.
 - Date d'hospitalisation transmise au médecin algologue responsable et au patient.

Dans tous les cas, inscription sur ORGO + PCP :

HDJMI : 435B

UCA : 394B

4.3 Envoi des documents par le secrétariat de l'HDJ Douleur/UCA :

- le livret de l'HDJMI, chapitre « Procédure interventionnelle en douleur chronique ».
- « Notice d'information KT-ALR en douleur chronique » et son formulaire de consentement
- le plan de l'Hôpital Foch pour se rendre à l'HDJMI/UCA.
- la fiche de convocation mentionnant :
 - la date de convocation
 - l'heure de convocation en HDJ douleur ou l'horaire à confirmer la veille en UCA
 - le lieu de convocation et les coordonnées de l'HDJMI/UCA.
 - le nom du MAR-algologue intervenant et les coordonnées de son secrétariat.
- Les ordonnances:
 - Protocole de douche pré-procédure
 - Jeûne préanesthésique : strict ou modifié
 - Béquilles /écharpe de bras
 - Patchs EMLA.
 - Relais anticoagulants
 - Toute ordonnance jugée utile
- Bons de transport
- Tout questionnaire jugé utile
- Formulaire « coordonnées de l'entourage et des référents médicaux ».
- Protocole de douche pré-procédure : douche au savon la veille et le matin de l'hospitalisation de jour.

4.4. Inscription du patient sur PCP et ORGO au programme de la Salle 1 du bloc opératoire par l'anesthésiste algologue.

4.5. Préadmission effectuée par le patient ou le secrétariat de l'UCD :

Au moins 48h avant l'hospitalisation en UCA/HDJ.

4.6. Transmission du dossier du patient à l'UCA/HDJMI par le secrétariat de l'UCD :

Au plus tard à J-2 de la date de convocation.

4.7. Organisation de la prise en charge à domicile par le médecin anesthésiste–algologue (UCD) :

Demande de prise en charge à domicile du bloc péricérveux continu au prestataire à domicile et envoi des ordonnances électroniques nécessaires pour la prise en charge à domicile :

- IDE à domicile
- Rétrocession naropéine 0,2%.
- Posologie et modalités d'administration péricérveuse de la naropéine 0,2%.
- Pompe fournie par le prestataire, avec sa sacoche.

5. PRISE EN CHARGE PARCOURS KT-ALR EN HOPITAL DE JOUR :

5.1 Appel téléphonique la veille de la procédure par la secrétaire :

Réalisation de l'appel de la veille par la secrétaire de l'UCA/ HDJMI. L'appel est tracé dans le dossier EASILY du patient et le questionnaire spécifique est complété.

5.2 Première vérification du dossier patient la veille de la procédure par l'infirmier(e):

Réalisation de la première vérification du dossier patient par l'infirmier(e) de l'UCA / HDJMI.

5.3 Accueil du patient à son arrivée le jour de la procédure par l'infirmier(e) et l'aide-soignant(e) :

Accueil par l'infirmier(e) et l'aide-soignant(e) de l'UCA/HDJMI.

5.3.1 Identitovigilance :

Vérification de l'identité du patient et mise en place du bracelet.

5.3.2 Vérification du dossier par l'IDE de l'UCA / HDJMI :

- Questionnair(e)s
- Résultats biologiques.
- Consentement ALR ambulatoire signé.

5.3.3 Anamnèse par l'IDE de l'UCA /HDJMI :

Enregistrement de l'anamnèse sur EASILY.

Editer la feuille de traçabilité de douche et la faire signer par le patient.

Validation de la [check-list « ALR en ambulatoire »](#) sur Easily: [CHECK LIST ALR en ambulatoire pour UCA et HDJ douleur](#) .

5.3.4 Examen clinique :

- Recueil des constantes : Température, FC, PA, SpO2, EN au repos, EN à la mobilisation, dextro chez le patient diabétique.
- Evaluation du degré de mobilité du patient pour le mode de brancardage.

5.3.5 Inventaire :

1. Traitements: Mettre le traitement personnel du patient dans un sachet étiqueté au nom du patient.
2. Récupérer les béquilles /l'attelle de membre supérieur par l'aide-soignant(e).
3. Effets personnels du patient : inventaire par l'aide-soignant(e).
4. **La poche de Naropéine 0,2%, la pompe de perfusion périnerveuse et sa tubulure (fournies par le prestataire) doivent suivre la descente du patient en Salle 1 du bloc opératoire. (macrocible)**

5.3.6 Déclenchement du brancardage :

Déclenchement automatique du brancardage 30 min avant l'heure de la procédure, pour les patients en 1^{ère} position.

Choix du mode de brancardage vers le bloc opératoire (à pieds, fauteuil ou brancard) par l'aide-soignant(e) d'HDJMI/UCA.

Pour tout problème, joindre **le médecin anesthésiste-algologue responsable** dont le nom est mentionné sur le dossier.

5.4 Transfert du patient vers la Salle 1 du bloc opératoire :

Le brancardage peut s'effectuer à pied, en fauteuil ou en brancard vers la Salle 1 du bloc opératoire, en fonction de l'évaluation de la mobilité du patient réalisée à l'étape 5.3.6.

La procédure de pose de cathéter d'ALR est effectuée en Salle 1 du bloc opératoire selon les modalités habituelles d'ALR échoguidée. La surveillance est colligée sur la feuille d'anesthésie Intraanesthesia.

A la fin de la procédure, le patient est transféré en SSPI pour surveillance de 15 à 60 min.

Le branchement du dispositif de perfusion périmerveuse de naropéine 0,2% est réalisé par le MAR-algologue ou l'IADE présent(e) en Salle 1.

Le MAR-algologue prescrit la surveillance post-procédure dans Easily et l'heure de reprise de l'alimentation.

5.5 Sortie de SSPI et transfert en UCA/HDJ douleur:

- Pour les sorties de SSPI vers l'UCA contigüe, le patient est transféré par l'aide-soignant(e) de SSPI.
- Pour les sorties de SSPI vers l'HDJMI, le transfert est réalisé en fauteuil ou en brancard, selon la prescription de l'anesthésiste-algologue, sur appel téléphonique de l'infirmier(e) ou de l'aide-soignant(e) de SSPI en charge du patient.

Dans tous les cas, le patient quitte la SSPI avec sa [fiche de liaison post procédure](#) (Annexe feuille verte).

5.6 Retour dans le service HDJ douleur/UCA en post-procédure :

5.6.1 Surveillance :

Surveillance post-procédure horaire par l'infirmière d'HDJMI/UCA:

- **neurologique** : conscience, douleur au repos et à la mobilisation (EN), Sensibilité et motricité du membre anesthésié/analgésié (Score de Bromage modifié)
- **hémodynamique**: FC, PA
- **Saignement au point de ponction du cathéter périmerveux.**
- **Glycémique** : si patient diabétique.
- **Fonctionnement du dispositif d'administration des anesthésiques locaux** par voie périmerveuse et dose administrée. En cas d'alarme : appel Infirmière Ressource Douleur.

5.6.2 Collation :

Reprise de l'alimentation à H+2 selon les recommandations de l'anesthésiste. Une collation est proposée par l'aide-soignant(e) de l'UCA/HDJMI.

5.6.3 Habillage et premier lever avec protection du membre anesthésié :

- Membre inférieur : béquilles
- Membre supérieur : en écharpe.

5.6.4 Ablation du cathéter veineux périphérique après réussite du premier lever.

5.6.5 Modalités de sortie au domicile :

- Validation de la sortie par l'anesthésiste sur la check-list de sortie UCA/HDJMI.
- Heure de sortie ambulatoire: à partir de H+3 post ALR, selon prescription de l'anesthésiste.
- Documents à remettre au patient pour la sortie :
 - Ordonnances et recommandations post ALR.
 - Bon de transport signé
 - Check-list de sortie signée.
 - CRH
 - Information sur le DMI cathéter périmerveux.
 - Bulletin anesthésique de sortie.
 - Arrêt de travail éventuel

En cas de complications, joindre en priorité l'opérateur, sinon le 2920 (interne UCD) ou le médecin anesthésiste de SSPI (2340).

5. ANNEXES

Annexe 1

CHECK-LIST DE SORTIE CHIRURGIE

AMBULATOIRE

ETIQUETTE
PATIENT

Modalités de sortie :

Date de sortie : Heure de sortie autorisée :

Validation de la sortie : Cocher la(les) cases adéquates:

- Sortie validée par l'anesthésiste à l'UCA/HDJMI, peu avant la sortie, avec Chung 9 ou 10.
- Sortie sous condition* :
 - après visite anticipée de l'anesthésiste à l'UCA/HDJMI.
 - sans visite de l'anesthésiste avant la sortie.

Accompagnant du patient nécessaire:

- | | | |
|--|---------------------------|---|
| <input type="radio"/> Pour le retour au domicile : | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON, chauffeur VSL seul |
| <input type="radio"/> Au domicile jusqu'au lendemain : | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |

Nom

Signature

Condition : score de Chung à 9 ou 10, calculé par l'IDE au moment de la sortie, après la validation médicale. Si Chung < 8, l'IDE contacte l'anesthésiste pour évaluation médicale :

- Validation médicale de la sortie
- Annulation de la sortie

Nom.....

Signature.....

Le patient sort avec les documents et/ou prescriptions suivants :

	Compte-rendu d'hospitalisation
	Bon de transport
	Recommandations liées à l'acte
	Ordonnances
	Autre :

Remise du traitement personnel au patient :

- OUI
- NON APPLICABLE

Date de sortie Heure de sortie :.....

Je sors avec :

- Un accompagnant personnel
- Un chauffeur VSL

Au domicile, quelqu'un m'accompagne jusqu'à demain :

- Oui
- Non, mais validation médicale

Signature du patient :

Annexe 2

Annexe 3

CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES

POST-PROCÉDURE

- Bloc anesthésique sensitif et moteur :

Le médecin anesthésiste vous a posé sous échographie un cathéter d'analgésie périmerveux, dans lequel un médicament anesthésique local est perfusé en continu par une pompe. L'anesthésie partielle procure une sensation d'engourdissement dans le territoire sensitif du nerf et soulage les douleurs, mais peut également entraîner une faiblesse musculaire dans le territoire musculaire de certains nerfs qui sont aussi moteurs.

➔ Aussi, soyez prudents et précautionneux dans vos mouvements et déplacements ; portez votre attelle et utilisez vos béquilles selon que votre cathéter est au membre supérieur ou inférieur.

➔ Protégez le membre endormi des coups et des chocs en augmentant votre vigilance.

- Arrachage/déplacement du cathéter :

Votre cathéter périmerveux pénètre de 3 à 4 cm sous la peau, au maximum ; il est donc très superficiel et peut ressortir ou se déplacer facilement en cas de traction, malgré la fixation par les fils et les pansements.

➔ Evitez l'accrochage du pansement ou de la tubulure lors des mouvements ou de l'habillage.

- Douche :

Une douche complète intégrant le membre anesthésié n'est pas autorisée ; seul le reste du corps peut être lavé, sans contact de l'eau avec le pansement.

- Réfection du pansement :

Afin d'éviter une infection au point d'entrée du cathéter au niveau de la peau, votre pansement sera refait le moins possible par votre infirmier(e) à domicile.

- Que faire en cas de sonnerie de l'alarme de la pompe :

Contactez votre infirmière domicile et/ou votre interlocuteur de l'organisme de coordination de prestation à domicile.

- Que faire en cas de symptômes ?

En cas de modification du niveau d'anesthésie ou de bloc moteur plus important (difficulté à contracter les muscles), en cas de fièvre, de rougeur ou de douleur au point de ponction, ou de tout autre symptôme, contactez votre infirmier(e) à domicile et/ou votre interlocuteur de l'organisme de coordination à domicile. En cas d'urgence extrême, contactez :

- L'anesthésiste de garde de l'Hôpital Foch au 0146252236
- L'urgentiste de garde de l'Hôpital Foch au 0146252503

Fiche de convocation

Madame, Monsieur,

Vous êtes convoqué(e) :

○ **En Hôpital de Jour de Médecine Interne, HDJ Douleur :**

Secteur jaune, Rez-de-Chaussée.

Hôpital Foch, 40 rue Worth. 92150 Suresnes

Tél : 01 46 25 24 16

○ **En Unité de Chirurgie Ambulatoire :**

Hôpital Foch, 40 rue Worth. 92150 Suresnes

Tél : 01 46 25

- Date de convocation :.....
- Heure de convocation :
 - en HDJMI:.....
 - en UCA : l'heure de convocation vous sera communiquée la veille par téléphone
- Heure prévue de la procédure :.....
- Votre médecin anesthésiste-algologue:

Docteur

Secrétariat : Secrétariat de l'Unité de Coordination Douleur

email : secretariat.clud@hopital-foch.com

Téléphone : 0146252426

Annexe 5 :

NOTICE D'INFORMATION

ANALGÉSIE LOCORÉGIONALE AVEC CATHÉTER PÉRINERVEUX POUR DOULEURS CHRONIQUES

I. QU'EST CE QU'UNE ANALGÉSIE LOCO-RÉGIONALE OU ALR ?

L'analgésie est le soulagement de la douleur dans tout ou partie du corps. Avec l'analgésie loco-régionale ou ALR, seule la partie douloureuse du corps est insensibilisée. Ce type d'analgésie permet de soulager les douleurs localisées même très intenses, et de réaliser le programme de soins complet prévu pour la prise en charge de votre pathologie chronique: rééducation, pansements Elle peut également être utilisée pour prendre en charge la douleur post-opératoire.

2. COMMENT RÉALISE-T-ON UNE ALR ?

L'ALR est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Les conditions de réalisation de l'ALR sont celles de toute procédure anesthésique :

- jeûne de 6h pour les aliments solides, et de 2h ou 6h pour les liquides clairs selon prescription de l'anesthésiste.
- pose d'une perfusion intraveineuse, qui sera en place le temps de la procédure et durant la surveillance en salle de réveil, puis enlevée avant le retour au domicile.
- réalisation de l'ALR dans un environnement permettant une surveillance adaptée.
- surveillance de 15 min à 60 min en salle de réveil après la procédure.

Si le fait d'être conscient vous angoisse lors de la procédure, l'anesthésiste pourra vous proposer une sédation, c'est à dire l'administration d'un médicament relaxant (anxiolytique).

Le médecin anesthésiste-réanimateur repère le nerf qui innerve le territoire douloureux sous échographie, et injecte à proximité immédiate un médicament anesthésique local, qui bloque la transmission du signal le long du nerf. L'objectif est d'anesthésier suffisamment le territoire de ce nerf pour soulager la douleur. Pour maintenir cet effet anesthésique dans le temps, le médecin anesthésiste-réanimateur place, à travers l'aiguille, un cathéter fin de diamètre environ 1mm, appelé cathéter périmerveux, dans lequel une petite pompe portative injectera en continu de l'anesthésique local (Naropen 2%). Vous rentrerez à votre domicile avec le cathéter périmerveux fixé à la peau sous les pansements, connecté à la pompe. Un suivi et une surveillance à domicile sont organisés par votre prestataire, avec le passage d'une infirmière deux fois par jour, sous la supervision de votre médecin anesthésiste-algologue, qui adaptera les doses d'anesthésique local sur le cathéter, ainsi que votre traitement médicamenteux, si besoin.

Un suivi hebdomadaire par votre médecin anesthésiste-algologue sera également assuré, par téléphone, vidéoconsultation ou consultation présenteielle.

3. QUELS SONT LES AVANTAGES D'UNE ALR ?

L'ALR assure la plupart du temps un excellent soulagement de la douleur, et particulièrement de la douleur qui est déclenchée par les mouvements ou le toucher. Ce soulagement est maintenu et prolongé dans le temps grâce à la perfusion continue de médicament anesthésique local sur le cathéter périmerveux, qui pourra être gardé pendant quelques jours à quelques semaines, selon son indication. Votre douleur chronique ainsi soulagée, il devient possible de mettre en œuvre le programme complet de soins dont vous avez besoin : rééducation, kinésithérapie, ou soins de pansements, selon les cas. Votre médecin anesthésiste-algologue sera régulièrement informé du déroulement de ce programme thérapeutique.

4. QUELS SONT LES INCONVENIENTS ET LES RISQUES DE L'ALR ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un certain risque. Les conditions actuelles de surveillance de toute technique anesthésique permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Des ecchymoses, une irritation locale dans la zone d'injection du produit d'anesthésie, ou bien des sensations anormales dans le territoire du nerf, peuvent survenir et disparaissent généralement en quelques mois. Quelques cas seulement de lésion nerveuse résiduelle sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies loco-régionales sont réalisées chaque année dans le monde.

De façon exceptionnelle, des complications graves (convulsions, arrêt cardiaque ou respiratoire) ont été décrites. De même, l'allergie est extrêmement rare.

Enfin, comme tout cathéter, le cathéter d'ALR peut se boucher, se déplacer ou se couder ; au fil du temps, il peut également s'infecter. Selon les cas, un retrait, une repose ou un changement du cathéter pourra vous être proposé par votre médecin référent, en fonction de votre situation, ainsi que tout traitement complémentaire indiqué.

Unité de Coordination Douleur

Hôpital Foch

J'estime avoir été suffisamment informé des avantages et des risques de ce type d'anesthésie. J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'accepte que me soit pratiqué ce type d'analgésie.

Date :

Signature :

Consignes de douche et de jeûne préanesthésique :

Quand et comment prendre ma douche ?

Prenez une douche **au savon** (cheveux compris) :

- la veille au soir
- et le matin de l'hospitalisation.

Quel dîner la veille de l'hospitalisation ?

Dînez normalement la veille de l'hospitalisation ; si vous êtes convoqué(e) le matin, vous pouvez décaler votre dîner et le prendre entre 21h et minuit.

Quel jeûne préanesthésique le jour de la procédure?

❖ Si vous êtes hospitalisé(e) le matin (à partir de 7h30):

- Ne prenez **PAS DE PETIT DÉJEUNER**.
- L'eau, le **thé** et le **café, sans lait**, sucrés ou non, sont autorisés à volonté **JUSQU'À 6H30**.

❖ Si vous êtes hospitalisé(e) l'après-midi (à partir de 14h00):

- Vous pouvez prendre un **petit déjeuner**, qui doit être **TERMINÉ AU PLUS TARD À 8H00**.
- Vous pouvez boire de l'eau, du **thé** ou du **café, sans lait**, sucrés ou non, à volonté **JUSQU'À 12H00**.