

# Recommandations

DOCUMENT  
À COMPLÉTER

## Hospitalisation en Unité de Chirurgie Ambulatoire et d'Anesthésie

Après avoir pris connaissance des diverses recommandations relatives à l'hospitalisation en Unité de Chirurgie Ambulatoire et d'Anesthésie (voir passeport ambulatoire), nous vous demandons de signer ce document pour manifester votre accord avec la procédure proposée.

### POUR RAPPEL, LE JOUR DE L'INTERVENTION :

- rester **à jeun**
  - ne pas **boire**
  - ne pas **manger**
- en fonction des recommandations de l'anesthésiste
- ne pas **fumer**, ne pas **vapoter**
  - ne pas **mâcher** de chewing-gum.

M. - Mme (nom et prénom) : .....

Né(e) le : .....

À : .....

**Vous allez être hospitalisé(e) à la Clinique Sud Vendée :**

Le : .....

À : .....

Par le Docteur : .....

### PERSONNE QUI RESTERA AUPRÈS DE VOUS DEPUIS VOTRE DÉPART DE LA CLINIQUE JUSQU'AU LENDEMAIN MATIN

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Date : ...../ ...../ .....

**Signature**

**A remplir très lisiblement avec un crayon bille.  
Document à rapporter le jour de votre entrée complété et signé.**