

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Société française d'anesthésie et de réanimation

COMITÉ D'ORGANISATION

Président du comité d'organisation

Dr Laurent Jouffroy/anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)

Coordonnateur du Groupe de travail

Dr Anne Guidat/anesthésie réanimation (Lille) A. Guidat (a-guidat@chru-lille.fr), Pôle d'anesthésie réanimation, hôpital Huriez, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

Secrétaire de séance

Dr Bernard Coustets/anesthésiste-réanimateur (Toulouse)

Dr Gilles Bontemps/directeur associé ANAP Préfiguration (Paris)

Pr Jean-Marc Malinowsky/anesthésiste-réanimateur (Reims)

M. Gérard Parmentier/ancien vice-président de l'AFCA (Pontoise)

Pr Jean-Patrick Sales/chirurgien, ancien président de l'AFCA (Kremlin-Bicêtre)

Groupe de travail

M. Jérôme Bataille/architectes ingénieurs associés (Saint-Herbelin)

Dr Jocelyne Bientz/anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)

Dr Christian Bléry/anesthésiste-réanimateur (Cavaillon)

Dr Gilles Bontemps/directeur associé ANAP Préfiguration (Paris)

Dr Jean-François Cerfon/anesthésiste-réanimateur (Colmar)

Dr Marie-Laure Cittanova/anesthésiste-réanimateur (Anthony)

Dr Bernard Coustets/anesthésiste-réanimateur (Toulouse)

Dr Nicolas Dufeu/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Dr Laurent Delaunay/anesthésiste-réanimateur (Annecy)

Pr Pierre Diemunsch/anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)

Dr Claire Gatecel/anesthésiste-réanimateur, médecin gestionnaire des risques (Béziers)

Dr Marc Gentili/anesthésiste-réanimateur (St-Grégoire)

Dr Anne Guidat/anesthésiste-réanimateur (Lille)

Dr Hubert Le Hetet/anesthésiste-réanimateur (Cesson Sévigné)

Dr Michel Maillet/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Dr Sophie Nguyen Roux/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Dr Laure Pain/anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)

Dr Pierre Péruchon/anesthésiste-réanimateur (Perpignan)

Pr Benoît Plaud/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Pr Marc Raucoules-Aime/anesthésiste réanimateur (Nice)

Pr Marc Samama/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Dr François Venutolo/anesthésiste-réanimateur (Gonesse)

I. QUESTION I : DÉFINITIONS

La prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire est un concept d'organisation, centré sur le patient. L'organisation de l'hospitalisation ambulatoire a pour objectif d'optimiser le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure.

L'hospitalisation ambulatoire est définie par la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. Cela inclut l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et sans risque majoré pour le patient.

L'organisation ambulatoire est le fruit d'une dynamique collective reposant sur une optimisation de l'organisation des équipes et de la gestion des flux hospitaliers (flux patients, professionnels de santé, logistiques...). Elle est source d'efficacité (meilleure qualité des soins, économies de temps et de ressources).

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire implique la réalisation des actes techniques par des praticiens (anesthésistes et opérateurs) maîtrisant cette pratique.

L'organisation de la prise en charge du patient avec anesthésie en hospitalisation ambulatoire doit respecter les bonnes pratiques de l'anesthésie.

I. Il est recommandé de privilégier le mode de prise en charge ambulatoire des patients dès que les conditions de sa réalisation sont réunies.

2. Il est recommandé que seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise et à l'organisation mise en place. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire. La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient.
3. Il est souhaitable qu'il n'y ait pas de liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire.

2. QUESTION 2 : QUELS SONT LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ À L'HOSPITALISATION AMBULATOIRE ?

Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence. Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles. Le concept fondamental est le triptyque acte-patient-structure qui correspond à l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.

4. Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.
5. Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes.
6. Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient.
7. Il est recommandé que les patients de statut ASA I, II et III stable soient éligibles à l'ambulatoire. C'est l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection.
8. Il est recommandé d'assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient :
 - les patients non francophones sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire et bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue ;
 - les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal ;
 - les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations : jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins.
9. Il est recommandé de s'informer auprès du patient que le lieu de résidence postopératoire est compatible avec la prise en charge ambulatoire. La durée du transport et la

distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion.

10. Il est recommandé de formaliser une convention entre établissements afin de prévoir la prise en charge d'une complication éventuelle par un établissement de soins, autre que celui où a été pratiqué l'acte ambulatoire.
11. Il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.
12. Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient et soit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.

3. QUESTION 3 : QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INFORMATION DU PATIENT ?

Le patient hospitalisé en ambulatoire est acteur de sa préparation préopératoire et de sa réhabilitation postopératoire au lieu de résidence. Une information détaillée sur toutes les phases concourt à la qualité et à la sécurité de la prise en charge.

13. Il est recommandé de délivrer une information précoce et réitérée à chaque étape de la prise en charge.
14. Il est recommandé que l'information donnée au patient soit élaborée et concertée entre les différents acteurs amenés à en délivrer tout ou partie.
15. Il est recommandé que la consultation préanesthésique soit réalisée par un anesthésiste réanimateur connaissant les modalités de fonctionnement de la structure ambulatoire.
16. Il est recommandé, au cours de la consultation préanesthésique, de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge en anesthésie ambulatoire concernant :
 - le jeûne et la gestion des traitements pris par le patient ;
 - les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie ;
 - les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence ;
 - les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique ;
 - les méthodes d'analgésie postopératoire ;
 - les modes de recours en cas d'évènements non prévus ;
 - les moyens d'accès à une information complémentaire avant et après son intervention.
17. Il est recommandé d'informer le patient des effets de l'anesthésie ou de la sédation sur les fonctions cognitives et sur la vigilance pendant les 12 premières heures, l'incitant à la prudence une fois de retour à son lieu de résidence postopératoire. Le patient doit être averti de la variabilité interindividuelle de ces effets secondaires et de leur durée.
18. Il est recommandé d'informer le patient que la conduite de tout véhicule est proscrite pendant les 12 premières heures du fait de l'anesthésie. La reprise de la conduite automobile devra tenir compte du handicap lié à l'acte.

19. Il est recommandé d'informer le patient pratiquant la conduite automobile du groupe lourd (poids lourds, ambulances, taxis, transports en commun...) ou machine nécessitant un haut niveau attentionnel (avion, machine agricole, industrielle à risques...) que des troubles de la vigilance peuvent persister pendant quelques jours, comme après tout type d'anesthésie.
20. Il est recommandé d'informer les patients des effets secondaires possibles du traitement prescrit en péri-opératoire (anxiolytique, antalgiques majeurs) sur les fonctions cognitives et sur la vigilance, comme après tout type d'anesthésie.
21. Il est recommandé de ne pas dispenser d'information au patient pendant la phase de récupération de l'anesthésie, du fait d'une possible altération de la mémoire et de sa consolidation, comme après tout type d'anesthésie.
22. Il est recommandé que l'information délivrée soit orale, complétée par un support écrit court et lisible ou d'un support audiovisuel, incitant le patient à poser toute question utile et d'en assurer sa traçabilité.
23. Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes qui rappellent les exigences de prise en charge ambulatoire, ce qui à la vertu pédagogique d'inciter à la lecture du document proposé. Cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défusse pas celle du médecin.
24. Il est recommandé de pouvoir établir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation pour réitérer les consignes et les conditions de l'hospitalisation. Ce contact revêt une importance particulière en cas de consultation d'anesthésie délocalisée ou d'acte itératif.

4. QUESTION 4 : QUELS SONT LES ÉLÉMENTS DU CHOIX DE LA TECHNIQUE D'ANESTHÉSIE ?

Le choix de la technique d'anesthésie repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, de l'acte réalisé et de l'organisation mise en place.

4.1. Préparation

25. Il est souhaitable de formaliser les modalités de réalisation de la visite préanesthésique et d'en assurer la traçabilité.
26. Il est possible de prescrire une prémédication anxiolytique et/ou analgésique.
27. Il est recommandé d'établir des règles de jeune préopératoire adaptées à la programmation opératoire pour améliorer le confort du patient.

4.2. Technique d'anesthésie

28. Il n'est pas recommandé de stratégie spécifique à la prise en charge anesthésique ambulatoire. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, peut être utilisé. Il est raisonnable de privilégier en fonction du patient et de l'acte réalisé les agents d'anesthésie à durée de vie courte et à effets secondaires

réduits pour faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire.

29. Il est souhaitable d'adapter la technique de rachianesthésie à la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie du patient en privilégiant les faibles doses, l'utilisation d'adjuvants liposolubles et la technique de latéralisation.
30. Il est recommandé de réaliser des blocs périphériques en accord avec le patient pour les interventions des membres qui s'y prêtent.

5. QUESTION 5 : QUELLES SONT LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES SUITES OPÉRATOIRES ?

5.1. Douleur postopératoire

La maîtrise de la douleur postopératoire est une clé essentielle à la réussite de l'ambulatoire. Elle allie anticipation, rigueur de la prescription et respect de l'observance.

31. Il est recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire y compris au lieu de résidence : information, prévention, traitement et évaluation.
32. Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie.
33. Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques précisent les horaires de prise systématiques des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire.
34. Il est souhaitable que les modalités de gestion et de prise des analgésiques de « secours » soient expliquées dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie.
35. Il est souhaitable d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d'une autre technique d'anesthésie pour la prise en charge de la douleur postopératoire.
36. Il est recommandé de formaliser l'organisation du suivi de l'analgésie par cathéters périmerveux au lieu de résidence.
37. Il est recommandé de prescrire tout moyen non médicamenteux permettant de réduire la douleur postopératoire (application de froid, posture antalgique...).

5.2. Prévention thromboembolique

L'incidence de la maladie-thromboembolique veineuse semble globalement faible après une chirurgie ambulatoire.

38. Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thromboembolique veineuse n'est pas systématique.
39. Il est recommandé que la durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à cinq jours et soit adaptée au cas par cas. En présence d'un risque global faible à modéré, la prophylaxie mécanique par bas de contention est efficace.

5.3. Nausées et vomissements postopératoires (NVPO)

Il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention des NVPO dans le contexte ambulatoire. La prophylaxie des NVPO se fonde en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie classique, sur l'application d'un algorithme qui tient compte des facteurs de risque, du contexte spécifique de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués.

Pour diminuer le risque de NVPO, une stratégie permettant de diminuer systématiquement le risque de base pour tous les patients doit être mise en place : par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; par le recours à des techniques d'anesthésie les moins émetisantes possibles, notamment d'anesthésie locorégionale et par la prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques.

40. Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique multimodale chez les patients ambulatoires identifiés à haut risque de NVPO.
41. Il est souhaitable que le traitement des NVPO survenant après la sortie repose sur la prescription d'antiémétiques validés en prophylaxie, en changeant de classe et sous une forme galénique adaptée, en cas d'échec du premier choix thérapeutique.

6. QUESTION 6 : QUELS SONT LES MODALITÉS DE LA PROCÉDURE DE SORTIE ?

La sortie du patient, quelques heures après son entrée et la réalisation de l'intervention programmée, conclut une prise en charge ambulatoire réussie. Autoriser cette sortie, sans aucune concession à la sécurité, constitue le moment-clé de cette prise en charge. Les critères de sortie permettent d'évaluer « l'aptitude au retour au lieu de résidence ».

42. Il est recommandé que l'ensemble des modalités de sortie soit formalisé par les acteurs et porté à la connaissance des patients. Elles font l'objet d'un chapitre particulier figurant dans la charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire validé par l'ensemble des intervenants dans la structure.
43. Il est recommandé en l'absence imprévue d'accompagnant pour le retour au lieu de résidence postopératoire de rechercher une alternative avant de proposer un transfert en hospitalisation traditionnelle. En cas de refus du patient, il est recommandé d'avoir formalisé une procédure de « sortie contraire à la pratique de l'ambulatoire ».
44. Il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie, facile à mettre en œuvre. Il n'y a pas d'intérêt à utiliser des tests psychomoteurs.
45. Il n'est pas recommandé d'imposer une réalimentation liquide et solide avant la sortie.
46. Il est possible après anesthésie générale ou bloc périphérique, de ne pas exiger une miction pour autoriser la sortie, en l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie.

47. Il est possible après une rachianesthésie de ne pas attendre une miction pour autoriser la sortie sous réserve :
 - d'une estimation, au minimum clinique, au mieux par appréciation échographique du volume vésical résiduel ;
 - de l'absence de facteur de risque lié au patient, au type de chirurgie.
48. Il est possible lorsque des blocs périphériques sont utilisés, de permettre la sortie du patient malgré l'absence de levée du bloc s'il est prévu, selon les circonstances :
 - de prendre des mesures de protection du membre endormi : comme le port d'attelle ou l'utilisation de béquilles ;
 - d'assurer une information précise quant aux précautions à respecter après la sortie et aux risques potentiels ;
 - de prévoir une assistance à domicile.
49. Il est recommandé après un bloc périmédullaire de s'assurer des capacités de déambulation du patient avant la sortie. Le port d'attelle ou de béquille peut être utilisé.

7. QUESTION 7 : LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

Le mode de prise en charge ambulatoire rend nécessaire une organisation renforcée ou spécifique de la permanence et de la continuité des soins par la coordination entre les acteurs.

50. Il est recommandé que l'organisation mise en place permette le partage de l'information entre les acteurs de la structure et la coordination des soins avec la médecine de ville.
51. Il est recommandé que soient remis au patient, à sa sortie, les documents nécessaires à la continuité des soins.
52. Il est recommandé que les acteurs de la structure s'assurent que le processus du retour au lieu de résidence du patient est organisé.
53. Il est recommandé que les acteurs de la structure, en collaboration avec la médecine de ville, organisent le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

8. QUESTION 8 : L'ÉVALUATION ET DE LA GESTION DES RISQUES EN AMBULATOIRE

La prise en charge ambulatoire doit se faire sans risque majoré pour le patient. Comme pour toute prise en charge anesthésique, l'organisation de l'hospitalisation ambulatoire doit être en mesure d'identifier, d'évaluer, de hiérarchiser et de maîtriser les risques dans une démarche globale d'amélioration de la qualité.

54. Il est recommandé de mettre en place une démarche qualité au sein de l'unité ambulatoire : description du processus de prise en charge du patient, analyse des points critiques de ce processus, mise en œuvre de plan d'amélioration.
55. Il est recommandé que l'organisation de la structure prenne en compte le risque propre du patient du fait de son statut

d'acteur direct, en particulier dans les phases d'éligibilité, de sortie et de suivi à domicile.

56. Il est recommandé de mettre en place une démarche d'analyse et de maîtrise des risques de l'activité ambulatoire ainsi que de son évolution dans le temps en s'interrogeant sur le fonctionnement de l'organisation et de ses interfaces.
57. Il est souhaitable de définir des indicateurs d'analyse et de pilotage adaptés à la structure et d'établir des tableaux de bord de suivi : qualité des soins, satisfaction des patients, satisfaction des acteurs internes et externes à la structure, suivi des actes, données médicoéconomiques.
58. Il est recommandé d'assurer le suivi de la qualité des soins et de la satisfaction des patients après leur sortie.

9. QUESTION 9 : QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS LIÉES À L'ÂGE ?

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel perturbe. Aux âges extrêmes de la vie, la prise en charge ambulatoire doit prendre en compte aussi bien la vulnérabilité du patient que la spécificité de son environnement.

9.1. Pédiatrie

59. Il est recommandé que seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise et à l'organisation mise en place. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire. La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec les parents.
60. Il est recommandé que les enfants de score ASA I, II et ASA III équilibré soient éligibles à l'ambulatoire.
 - Pour les enfants nés à terme : les patients de plus de trois mois sont éligibles. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients de moins de trois mois peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste/opérateur.
 - Pour les enfants nés prématurés : un âge post-conceptionnel inférieur à 60 semaines est un facteur d'exclusion. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients d'âge post-conceptionnel supérieur à 60 semaines et jusqu'à un an peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste/opérateur.
61. Il est recommandé que l'information délivrée soit adaptée, personnalisée et compréhensible pour les parents mais également pour l'enfant. L'information délivrée inclut le risque possible de report de l'intervention en fonction de l'état clinique de l'enfant.
62. Il est recommandé d'informer les parents de la présence nécessaire d'un accompagnant qui ne soit pas le conducteur. Au-delà de 10 ans, la présence du deuxième accompagnant n'est plus nécessaire.

9.2. Gériatrie

Le grand âge n'est pas une contre-indication en soi à l'ambulatoire. La prise en charge ambulatoire semble diminuer l'incidence des troubles du comportement postopératoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Actuellement, aucune donnée de la littérature ne permet de privilégier une technique d'anesthésie ou un agent anesthésique particulier.

63. Il est recommandé de faire bénéficier aux personnes âgées d'une prise en charge ambulatoire en fonction de l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.
64. Il est recommandé d'éviter les benzodiazépines en préopératoire. Elles augmentent l'incidence des troubles du comportement postopératoire.

10. QUESTION 10 : QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS ORGANISATIONNELLES ET SPATIALES ?

Le parcours du patient est au centre de l'organisation de la structure ambulatoire.

L'aménagement des espaces de la structure ambulatoire est dicté par le parcours du patient. C'est un équilibre vertueux à trouver entre temps et espace. L'unité de lieu aide à garantir l'unité de temps. Un même lieu peut assumer plusieurs fonctions successives. De même, une même fonction peut s'établir dans des lieux différents. Il n'y a pas de modèle, au sens architectural du terme, de structures ambulatoires. Pour tout nouveau projet, l'architecture doit traduire le choix organisationnel.

La programmation des actes doit permettre une utilisation optimale du temps de vacation offert. En dehors des contraintes de niveau d'asepsie, la chronologie des actes doit être organisée en fonction de la durée prévisible de surveillance postopératoire nécessaire avant la sortie afin de garantir le retour à domicile au patient et la fluidité des séjours pour l'unité ambulatoire. Il s'agit de la durée nécessaire à la surveillance des complications postopératoires précoces chirurgicale/interventionnelle ou anesthésique ainsi que de la durée de récupération des capacités d'aptitudes au retour au lieu de résidence.

65. Il est recommandé que le parcours du patient soit fluide et maîtrisé et relève d'une pensée logistique. L'agencement de ce parcours se fait avec l'équipe qui prendra en charge le fonctionnement de l'unité et utilise toutes les ressources de l'aménagement.
66. Il est recommandé de mettre en place une organisation qui permette une optimisation des flux, garante de la prise en charge des patients dans les délais prévus.
67. Il est recommandé que l'unité ambulatoire maîtrise sa propre organisation en ordonnant, contrôlant et dirigeant tous les flux : patients, informations, personnels, matériels.

II. QUESTION II : QUELLE EST LA RESPONSABILITÉ DE L'ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR ?

La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur en consultation d'anesthésie, lors de la visite pré anesthésique, durant l'acte, la période de surveillance postopératoire et dans le cadre de la continuité des soins, n'est pas différente de ce qu'elle est en hospitalisation conventionnelle.

L'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes.

La relation s'établit entre le patient et le médecin. L'accompagnant est un tiers sans statut particulier : il n'a aucune responsabilité spécifique en dehors des cas du mineur

ou de l'incapable majeur. Le tiers accompagnant peut avoir une responsabilité morale mais il n'a aucune responsabilité juridique. La signature de l'accompagnant n'a pas lieu d'être.

68. Il est recommandé de remettre au patient un document écrit concernant les consignes de l'ambulatoire et d'archiver ce document, dans le dossier du patient, attestant de la réalité de l'information délivrée.

69. Il est recommandé de vérifier le respect des consignes et d'assurer la traçabilité dans le dossier du patient.

70. Il est recommandé d'écrire clairement les modalités d'autorisation de sortie du patient au sein de la charte de fonctionnement de la structure.

71. Il est recommandé que l'organisation prévoie qu'un anesthésiste réanimateur puisse être joint en cas de survenue d'un événement imprévu en rapport avec l'anesthésie dans les suites immédiates et après la sortie du patient.