

ETIQUETTE PATIENT

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

Votre rendez – vous le avec le Dr :

Secrétariat: Tel : 04 74 28 08 44 Fax : 04 74 93 73 91 Mail : contact@ceni-ambulatoire.fr

MERCI DE RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT CE QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE REMPLI ET SIGNE LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION AVEC L'ANESTHESISTE

CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIE

Toute personne devant bénéficier d'une anesthésie doit avoir une consultation spécialisée d'anesthésiologie plusieurs jours auparavant.

Elle permet au Médecin anesthésiste réanimateur d'évaluer votre état de santé et de demander éventuellement des examens complémentaires (cardiaques, pneumologiques, biologiques...).

Nom: Nom de jeune fille :
Prénom : Date de naissance:.....
Profession :
Adresse :.....
Téléphone fixe :
Portable :
Adresse mail :

Date de la 1ère intervention :

Date de la 2ème intervention si existante.....

Chirurgien :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nous vous prions de remplir avec attention le questionnaire ci-dessous concernant votre santé ou celle de votre enfant. La QUALITE et la SECURITE de votre anesthésie en dépendent.

Apportez-le REMPLI à la consultation d'anesthésie avec les éléments de votre dossier médical.
Bien penser à apporter votre carte d'identité.

Poids: Taille : Perte de poids récente ? oui non
Vivez- vous seul(e) à domicile ? oui non

Avez-vous eu :

- Une carte de groupe sanguin ? oui non
- Un bilan cardiologique ? oui non
- Test d'effort ? Echographie cardiaque ? oui non
- Un bilan pneumologique ? EFR ? oui non
- Un compte rendu d'hospitalisation? oui non
- Des bilans sanguins ? oui non
- Des ordonnances ? oui non
- Un carnet de santé ? oui non
- Un médecin traitant ? oui non

**IL FAUT IMPERATIVEMENT
EMMENER AVEC VOUS TOUS
CES DOCUMENTS A VOTRE
CONSULTATION
D'ANESTHESIE**

Nom :

Avez-vous déjà été opéré (e) ?

Opération :	Type d'anesthésie	Date	Opération	Type d'anesthésie	Date

Avez-vous eu une opération sur la moelle épinière, le cerveau, les yeux ? oui non
 Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger dans les 12 derniers mois ? oui non
Grossesse (s) à terme : **Césarienne (s)** : **Fausses couche (s)** :
Problème personnel ou familial connu suite à une anesthésie ? oui non
 Nausées vomissements après la chirurgie Difficulté intubation Bris dentaire
 Autre
 Avez-vous eu une transfusion sanguine ? oui non Date de la transfusion :
 Avez-vous le mal du transport ? oui non

Avez-vous des allergies ? oui non
 - A la poussière ou au pollen oui non
 - Allergie à 1 médicament? (antibiotique, anti-inflammatoires, produit de contraste...) oui non
 Si oui lesquels ?
 - Allergie alimentaire oui non
 - Au latex? (préservatifs, gants de vaisselle, ballons de baudruche...) oui non
 - Autre ? Précisez:
 - Avez-vous déjà eu 1 réaction grave (choc anaphylactique, œdème de Quincke) ? oui non

 - Une intolérance à certains médicaments (nausées, sensation de vertiges..) ? oui non

Avez-vous des problèmes d'hémorragie ?
 -Tendance aux saignements prolongés/inhabituels oui non
 - Saignements de nez de plus de 10 minutes oui non
 - Tendance à faire des hématomes de plus de 2cm sans choc oui non
 - Tendance à faire des hématomes importants pour un choc mineur oui non
 - Après une extraction dentaire : saignement prolongé ? saignement 24 heures après ? oui non
 - Un saignement important après une chirurgie oui non
 - Des antécédents dans la famille comme hémophilie, Willebrand... oui non

Pour les femmes :
 - Des saignements entre les règles ayant conduit à une consultation ou un traitement? oui non
 - Une hémorragie après accouchement ? oui non
 - Etes-vous susceptible d'être enceinte actuellement ? oui non

Vos habitudes :
 - Fumez-vous ? oui non Nombre de cigarettes par jour ?
 - Fumez-vous du cannabis ? oui non Autre drogue ou substitut? oui non
 - Buvez-vous régulièrement de l'alcool, du vin, de la bière, un apéritif ? oui non
 - Nombre de verres en moyenne par jour ?

Pour les enfants :
 - Ancien prématuré ? oui non
 - Bronchiolites à répétition? Asthme? Bronchite asthmatiforme ? oui non
 - Parents fumeurs ? oui non

Cocher la case qui correspond le plus à vos activités physiques :

<input type="checkbox"/>	Marcher à l'intérieur du domicile, faire sa toilette, s'habiller seul, préparer le repas...
<input type="checkbox"/>	Monter 1 étage sans s'arrêter, courir sur 100 m, danse, pétanques, jardin ou tâches ménagères intensives...
<input type="checkbox"/>	Natation, footing, ski, randonnée, monter plus de 2 étages sans s'arrêter...

Avez-vous déjà eu ou avez- vous les maladies suivantes ?

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| - Hypertension artérielle | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Tension habituelle : | |
| - Souffle au cœur ou dans les vaisseaux | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Pace maker - Pile cardiaque | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Perte de connaissance brutale - Syncope | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Palpitations - trouble du rythme | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Angine de poitrine – angor - infarctus | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Insuffisance cardiaque | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Varices | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Phlébite ou embolie pulmonaire | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Crampes aux mollets lors de la marche | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Hypercholestérolémie | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| - Asthme | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Bronchites à répétition | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Pneumopathie | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Emphysème - Pneumothorax | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Apnée du sommeil appareillée | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Pauses respiratoires constatées | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Suspicion d'apnée mais non testé | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Fatigue dans la journée | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Ronflement régulier et sonore | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| | | | |
| - Infections urinaires à répétition | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Calculs rénaux | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Difficultés à uriner | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Adénome de prostate (homme) | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Au moins 2 réveils la nuit pour uriner | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Insuffisance rénale | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| - Anneau gastrique? Gastroplastie ? By pass ? Sleeve gastrique ? | | | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Acidité ou reflux gastro-œsophagien | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Ulcère à l'estomac - Gastrite | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Hernie hiatale ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Hépatite - Jaunisse | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| - Testé pour HIV ou Hépatite virale | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Drépanocytose - Thalassémie | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Diabète | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Ancienneté du diabète : | ans |
| - Maladie de la thyroïde | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> | Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| - Epilepsie - Convulsions | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Attaque cérébrale – AVC - AIT | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Douleur sciatique | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Paralysie totale ou partielle | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Spasmophilie - Tétanie | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Traitement pour les nerfs ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Migraine | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Trouble de la sensibilité | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Arthrose | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Maladie des muscles | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Douleur aux : Cervicales <input type="checkbox"/> | Lombaires <input type="checkbox"/> | Epaules <input type="checkbox"/> | Hanches <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| - Avez-vous un glaucome ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Appareils auditifs ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| - Portez- vous les lentilles de contact ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | - Prothèses métalliques ? Clous ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

.....

.....

Cochez si vous prenez : **Aspirine** **Traitement fluidifiant le sang :**

TRAITEMENT HABITUEL : (joindre l'ordonnance)

-

-

-

Contraception : (pilule, stérilet)

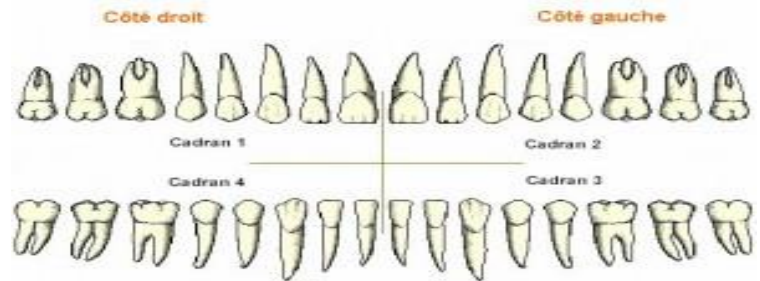
Attention : la contraception peut être rendue inefficace pendant le cycle en cours lors de l'hospitalisation !

ETAT DENTAIRE : Vous êtes informé(e) que le risque de bris dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand si votre dentition est fragile !

Afin de limiter ce risque, nous avons besoin de connaître en détail votre état dentaire.

- Portez-vous un appareil dentaire mobile ? oui non Haut Bas
- Avez-vous des dents artificielles ? oui non Bridge? oui non Pivots? oui non
- Dents déchaussées ou fragiles ? oui non

Cochez les dents concernées :



LE JOUR DE L'INTERVENTION :

- Les consignes de jeûne doivent être respectées
- Les consignes d'arrêt de médicaments doivent être suivies
- Pour un acte sous anesthésie en ambulatoire: vous devez repartir et être accompagné(e) le soir par une personne adulte

Aucune décision importante ne doit être prise dans les 24 heures suivant une anesthésie générale.

Certains médicaments peuvent avoir un effet sur la vigilance.

La conduite automobile est proscrite pendant les 12 premières heures après l'anesthésie.

Date : **Signature :**

AUTORISATION D'OPERER pour les patients mineurs ou sous tutelle

- Pour un mineur :
- L'autorisation d'opérer des **2 parents est indispensable**
 - **Un des 2 parents au moins doit être présent à la consultation d'anesthésie**
 - Pour les **enfants de moins de 10 ans** : la **présence d'un 2^e adulte** est nécessaire pour le trajet en voiture à la sortie de la clinique.

Nous soussignons : Mme mère / tutrice

M père / tuteur

autorisons les praticiens du Centre Endo Nord Isère à pratiquer tout acte médical, chirurgical ou anesthésique nécessaire à la prise en charge de mon fils / ma fille
..... né(e) le

Signature de la mère / tutrice :

Signature du père / tuteur :

MERCI DE RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT CE QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE REMPLI ET SIGNE LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION AVEC L'ANESTHESISTE

ETIQUETTE PATIENT