

TRAITEMENTS EN COURS : indiquer le nom avec dosage, quantité et horaire de prise (matin/midi/soir)

Attention : Ne pas arrêter de traitement avant avis médical

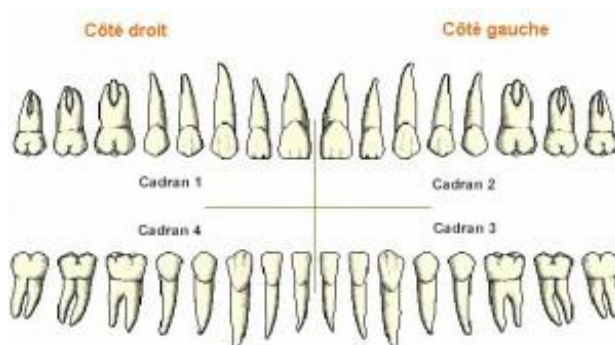
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONTRACEPTION (pilule, stérilet,...) :

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

Portez vous des pivots, bridges, facettes ou des dents fragiles, mobiles ou déchaussées ?

Cochez les dents concernées.



Les 6 heures précédant toute anesthésie, il est strictement interdit de boire, manger, fumer ou mâcher un chewing-gum.

Date :

Signature :

**AUTORISATION D'OPERER
patients mineurs ou sous tutelle**

Pour un mineur, l'autorisation d'opérer des deux parents est indispensable

Nous soussignons,..... Mère / tutrice (1)

Et..... Père / Tuteur (1)

De l'enfant /adulte (1)..... né(e) le donnons l'autorisation de pratiquer les soins : examens, intervention chirurgicale, anesthésie, que nécessite son état de santé.

Date et signature de la mère/ tutrice

et

Date et signature du père/tuteur



QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

Secrétariat d'anesthésie Tél : 04.37.30.00.18 Fax : 04.74.93.47.40

Avant de venir voir l'anesthésiste :

- Remplir ce questionnaire, éventuellement avec l'aide de votre médecin.
- Lire les fiches d'informations, les dater et signer
- Apporter avec vous vos comptes rendus du cardiologue, ainsi que les autres comptes rendus en possession.
- Apporter votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une.
- Apporter les résultats de la prise du sang que vous avez effectué.
- Apporter vos dernières ordonnances.

Ce document est soumis au secret médical

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître (vous, ou votre enfant) en vue de votre opération ou de votre accouchement et de votre anesthésie.

Une consultation avec le médecin-Anesthésiste complètera ces premiers renseignements.

Votre Rendez-vous le à

Avec le Docteur :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Profession (précédente ou actuelle) :

Adresse :

Date où vous répondez à ce questionnaire :

Nom de votre Médecin Traitant :

Date de l'hospitalisation ou date prévue de l'accouchement :

Nom du Chirurgien ou du Gynécologue :

Intervention prévue le :

Téléphone pour vous joindre :

N'oubliez pas de rapporter lors de votre hospitalisation votre dossier médical, vos dernières ordonnances et votre carte de groupe sanguin.

AGE :

POIDS :

TAILLE :

Antécédents chirurgicaux et obstétricaux:

Indiquez les *opérations /accouchements* et les *anesthésies pour chacune d'entre eu*

.....
.....
.....
.....
.....

Grossesses à terme Césariennes

Fausse couches.....

OUI/NON

1. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez présenté des problèmes ou un mauvais réveil ? oui non
Si oui :
2. Avez-vous bénéficié d'intervention sur la moelle épinière, le cerveau, les yeux ...?..... oui non
3. Dans votre famille, vous a-t-on signalé des problèmes en rapport avec une anesthésie ? oui non

Antécédents médicaux

4. Avez-vous été soigné(e) pour le cœur ? oui non
5. Avez-vous déjà perdu connaissance? oui non
6. Votre Médecin vous a-t-il dit que vous aviez un **souffle** au cœur ? oui non
7. Vous a-t-il dit que vous aviez eu un infarctus, des stents coronaires, de l'angine de poitrine ? oui non
8. Présentez vous des douleurs dans la poitrine en faisant un effort ? oui non
9. Êtes-vous suivi ou traité pour une **hypertension** artérielle ? oui non
10. Avez-vous déjà eu une épreuve d'effort, une échographie du cœur ou des vaisseaux ? oui non
(Apporter le dernier compte rendu)
11. Avez-vous des crampes dans les mollets vous obligeant à vous arrêter quand vous marchez ? oui non
12. Avez-vous des varices ? oui non
13. Avez-vous déjà eu ou fait : PHLÉBITE ? oui non
PARA-PHLÉBITE ? oui non
EMBOLIE PULMONAIRE ? oui non

14. Avez-vous connaissance de maladie du sang ou de la coagulation dans la famille ? oui non
Si oui, laquelle ?.....

15. Avez-vous saigné plus de 24 heures ou avez vous été transfusé suite à un acte chirurgical ? oui non
16. Avez-vous saigné longuement ou secondairement après 24h après une extraction dentaire ? oui non
17. Avez-vous eu du sang dans les urines ? oui non
18. Avez-vous pris de l'**aspirine** ou un anti inflammatoire ces dernières semaines ? oui non
19. Avez-vous parfois des bleus sans vous être cogné ? oui non
20. Avez-vous subi un méchage nasal (tampons chirurgicaux) pour un saignement de nez ? oui non
21. Est-ce que les sites de prise de sang saignent plus de 15 minutes après la pose du pansement ? oui non
22. Avez-vous déjà noté / vous a t on signalé que vous saigniez de façon anormalement longue ? oui non

23. Votre Médecin vous a-t-il dit que vous aviez de la bronchite chronique ou de l'emphysème ? oui non
24. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? Cigarette/jour
25. Avez-vous ou avez-vous eu de l'asthme ? oui non
26. Avez-vous été soigné(e) pour les poumons ? oui non
27. Ronflez-vous ? oui non
28. Votre entourage vous a-t-il signalé que vous faisiez des **d'apnées du sommeil** ? oui non
Avez-vous fait un bilan? oui non
Devez-vous être traité pour les apnées du sommeil ? oui non

29. Votre Médecin vous a-t-il dit que vous aviez : la vésicule malade ?oui non
 Un ulcère d'estomac ?oui non
30. Avez-vous des remontées acides après les repas, en vous couchant, en vous baissant ?oui non
31. Prenez vous du vin à table, bières, apéritifs ?oui non
 Si oui : combien de verres par jour :
32. Avez-vous déjà vomi du sang ou eu du sang dans les selles ?oui non
33. Avez-vous déjà fait une jaunisse, une hépatite ?oui non
34. Avez-vous déjà eu des ennuis rénaux?oui non
35. Avez-vous déjà présenté une infection urinaire ?oui non
36. Pour les HOMMES : Avez-vous des difficultés pour uriner, des besoins fréquents (prostate) ?oui non
37. Pour les FEMMES : Êtes-vous ou pensez vous pouvoir être **enceinte** ?oui non
38. Votre Médecin vous a-t-il dit que vous aviez du **cholestérol** ?oui non
39. Votre Médecin vous a-t-il dit que vous aviez du **diabète** ? depuis combien d'années ?oui non
40. Vous a-t-on déjà parlé d'ennuis du côté de la **thyroïde** ?oui non
41. Avez-vous déjà présenté une paralysie ou des difficultés pour parler (accident cérébral) ?oui non
42. Avez-vous déjà fait une crise d'**épilepsie, des convulsions** ?oui non
43. Avez-vous été soigné(e) pour les nerfs ?oui non
44. Avez-vous souvent des maux de tête?oui non
45. Avez-vous déjà présenté une sciatique ?oui non
46. Avez-vous souvent mal au dos ?oui non
47. Prenez vous des stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, héroïne ou substituts) ?oui non
48. Avez-vous déjà eu une transfusion de sang ?oui non
49. Portez-vous des lunettes, des lentilles de contact ?oui non
50. Vous a-t-on déjà parlé de glaucome (maladie des yeux) ?oui non
51. Avez-vous déjà eu des prises de sang à la recherche de maladies virales (HIV, hépatites).....oui non
52. Portez vous des tatouages ou des piercings ?oui non

Allergies

53. Présentez-vous des **allergies** (pollens, poussières, poils d'animaux, nickel...).....oui non

54. Êtes-vous allergiques à des **aliments** (éruption, gonflement du visage,...) ?oui non

55. Êtes-vous allergiques à des **médicaments** (éruption, gonflement du visage,...) ?oui non

56. Existe-t-il des médicaments que vous ne **supportez pas** (vertiges, somnolence, diarrhée...)oui non

57. Etes vous allergiques au **latex** : gants, ballon, élastiques (éruption, gonflement du visage,...) ?oui non

56. Vivez- vous seul à domicile (ambulatoire)oui non

Date du dernier rappel de vaccination contre le tétanos :

Si vous voulez signaler quelque chose qui ne vous a pas été demandé dans ce questionnaire, faites-le ci-dessous :

.....