



QUESTIONNAIRE CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE

À ramener à la consultation d'anesthésie

Ce questionnaire médical est destiné à préparer la consultation d'anesthésie dont vous allez bénéficier avant votre intervention chirurgicale. C'est un élément du dossier médical couvert par le secret professionnel. Il est destiné à faciliter votre examen pré opératoire et à nous informer sur votre passé médical, afin de vous proposer la technique anesthésique la plus adaptée à votre intervention.

Nous vous rappelons que les normes actuelles de sécurité anesthésique imposent de façon obligatoire une consultation d'anesthésie plusieurs jours avant tout acte effectué en dehors du cadre de l'urgence.

Nous insistons sur le fait que votre entrée à la clinique et donc votre intervention sont conditionnées par les conclusions de cette consultation.

Date de l'intervention prévue : ___/___/___ Chirurgien / Médecin référent, Dr

Hospitalisation Ambulatoire Urgence

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ Age : Taille :cm Poids :kg

Adresse :

.....

Téléphone portable :Téléphone Domicile :

Profession :

Médecin généraliste, Dr

Suivi par un cardiologue Oui Non Dr

Pour votre sécurité nous vous demandons de vous conformer aux instructions données lors de la consultation concernant : À jeun d'aliments solides 6 heures avant l'intervention avec la possibilité d'une boisson sucrée jusqu'à 2 heures avant l'intervention (ni lait, ni pulpe, ni boissons gazeuses) sauf avis contraire lors de la consultation. Arrêt du tabac 12 heures avant l'anesthésie, ramener vos derniers bilans - examens - radiographies, consignes sur vos traitements à prendre avant l'anesthésie. Si vous rentrez à domicile le jour de l'intervention, il est obligatoire d'être accompagné et de ne pas conduire de véhicule.

SIGNATURE du patient ou du représentant légal :

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX (merci d'apporter l'ordonnance lors de la consultation) :

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

AVEZ-VOUS EU DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES ? OUI NON

Lesquelles

.....
.....

Avez-vous eu des complications chirurgicales (infections, hématomes...) OUI NON

Avez-vous présenté des complications anesthésiques : OUI NON

Dans votre famille : OUI NON

Avez-vous été transfusé ? OUI NON

ANTÉCÉDENTS / PROBLÈMES MÉDICAUX :

.....

.....



ALLERGIES : Œdème de Quincke, Rhinite, urticaire, choc, asthme

OUI NON

Produits en cause :

CARDIOVASCULAIRE :

- Hypertension artérielle : OUI NON
- Palpitations : OUI NON
- Maladie coronarienne (infarctus, angine de poitrine) : OUI NON
- Pace Maker : OUI NON
- Syncope : OUI NON
- Varices : OUI NON
- Phlébite : OUI NON
- Embolie pulmonaire : OUI NON
- Prenez-vous des anticoagulants : OUI NON
- Aspirine : OUI NON
- Saignez-vous facilement et longtemps : OUI NON

RESPIRATOIRE :

- Fumez-vous ? OUI NON
- Nombre de cigarettes par jour :
- Avez-vous fumé : OUI NON
- Arrêt depuis :
- Êtes-vous facilement essoufflé(e) : OUI NON
- Toux, crachats : OUI NON
- Faites-vous de l'Asthme ? OUI NON
- Nombre de crises/an :
- Syndrome d'apnée du sommeil : OUI NON
- Appareillé : OUI NON
- Stupéfiants (Cannabis, Cocaïne etc....) : OUI NON

UROLOGIQUE / GYNÉCOLOGIQUE / NÉPHROLOGIQUE :

- Problèmes de reins : OUI NON
- Problèmes de prostate : OUI NON
- Risque de grossesse en cours : OUI NON
- Prenez-vous la pilule contraceptive ? OUI NON

DIGESTIF :

- Ulcère gastrique : OUI NON
- Reflux ou hernie hiatale : OUI NON
- si oui, brûlures remontées de liquide : OUI NON
- Hépatite : OUI NON
- Buvez-vous régulièrement de l'alcool ? OUI NON
- Nombre de verres par jour :

NEUROLOGIQUE :

- Paralysie : OUI NON
- Épilepsie : OUI NON

ETAT DENTAIRE / PROTHÈSES :

- Prothèses dentaires amovibles : OUI NON
- Supérieur Inférieur
- Dents mobiles, cassées, réparées : OUI NON
- Prothèses dentaires fixes : OUI NON
- Pivots : OUI NON
- Couronnes : OUI NON
- Bridge : OUI NON
- Prothèses auditives : OUI NON
- Lentilles de contact : OUI NON
- Piercings : OUI NON

MÉTABOLIQUE ENDOCRINIEN :

- Diabète : OUI NON
- Cholestérol : OUI NON
- Problème de thyroïde : OUI NON
- Avez-vous reçu de l'hormone de croissance d'origine humaine ? OUI NON

RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUES :

1. Risque d'Apnée du Sommeil

- Ronflement fort (perçu porte fermée)
- Fatigue, somnolence dans la journée
- Apnée constatée par un tiers
- Hypertension ou traitement pour Surpoids
- Diamètre du cou > 40 cm
- Sexe masculin
- Age > 50 ans

2. Risque Cardio-vasculaire (MET)

- Je suis capable de :
- Faire ma toilette, marcher sans effort (MET 1 à 4)
- Monter un étage sans arrêt, marcher rapidement, soulever du poids, avoir des activités domestiques lourdes (MET 4 à 7)
- Faire des sports intenses (MET 7 à 10)