

**FICHE QUESTIONNAIRE PATIENTS**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Date d'entrée ..... Date d'intervention .....

Date de sortie ..... Chirurgien .....

Poids, Taille ..... Profession .....

**1 – CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIE**

Conformément au décret du 5 décembre 1994, 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.

**Prenez donc rendez-vous dès à présent par téléphone uniquement 04.72.44.87.22**

**2 – 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 (EN PARTICULIER BILAN SANGUIN ET CARDIOLOGIQUE ET ORDONNANCES EN COURS DE VALIDITÉ).**

**Avez-vous déjà été opéré :**

OPERATION	DATE/ANNEE	OPERATION	DATE/ANNEE

Problème connu suite à une anesthésie de type :

Nausées vomissement, allergie, difficulté intubation, bris dentaire ou autre ? ..... oui  non

Quelqu'un de votre famille a t il eu une complication liée à une anesthésie ? ..... oui  non

**Etes-vous allergique ?** ..... oui  non

Poussières ou pollen ..... oui  non

Médicaments ? (pénicilline, anti inflammatoires etc...) ..... oui  non

Si oui lequel .....

Latex (préservatifs, gants de vaisselle, ballons de baudruche) ..... oui  non

Bétadine ..... oui  non

Autre. Précisez .....

Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave (tel qu'asthme grave, urticaire géant, choc anaphylactique, œdème de Quincke) ..... oui  non

**Avez vous des problèmes d hémorragie**

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement ..... oui  non

Tendance à faire des hématomes importants (de plus de 2cm sans choc) ou très importants pour un choc mineur ..... oui  non

Saignement prolongé après une extraction dentaire ..... oui  non

Saignement important après une chirurgie ..... oui  non

Antécédents dans la famille proche de maladie hémorragique ( hémophilie, Willebrand, autre...) ? ..... oui  non

«Tournez SVP»

**Pour les femmes :**

Saignements entre la période des règles ayant conduit à une consultation ou un traitement? oui  non   
Hémorragie après accouchement? oui  non   
Etes-vous susceptible d être enceinte oui  non

**Pour les enfants :**

Ancien prématuré oui  non   
Malaise du nourrisson oui  non   
Bronchiolites à répétition ou asthme oui  non   
Tabagisme parental oui  non

**Avez-vous déjà eu ou avez vous les maladies suivantes :**

**MALADIE DU CŒUR ET DES VAISSEAUX**

Souffle au cœur ou dans les vaisseaux oui  non   
Angine de poitrine ou angor ou infarctus oui  non   
Palpitations ou trouble du rythme cardiaque oui  non   
Perte de connaissance brutale ou syncope oui  non   
Phlébite ou embolie pulmonaire oui  non   
Varices oui  non   
Artérites, crampes dans les mollets lors de la marche oui  non   
Autre.....

**MALADIE RESPIRATOIRE**

Asthme oui  non   
Bronchites à répétition oui  non   
Pneumopathie oui  non   
Apnée du sommeil oui  non

**MALADIES RENALES**

Infections urinaires à répétition oui  non   
Adénome de la prostate oui  non   
Difficultés à uriner, plus de 2 réveils la nuit oui  non   
Insuffisance rénale oui  non

**MALADIE NEUROLOGIQUE**

Epilepsie ou convulsion oui  non   
Attaque cérébrale ou AVC oui  non   
Spasmophilie, tétanie oui  non

**MALADIE DIGESTIVE**

Ulcère à l'estomac oui  non   
Gastrite ou œsophagite oui  non   
Acidité ou reflux gastro-œsophagien oui  non   
Anneau gastrique ou gastroplastie oui  non   
Hépatite ou jaunisse oui  non

**MALADIE ENDOCRINIENNE**

Diabète oui  non   
Maladie de la thyroïde oui  non

**MALADIE OCULAIRE**

Glaucome oui  non   
Lentilles de contact oui  non

**HABITUDES DE VIE :**

Etes-vous fumeur oui  non   
Si oui combien de cigarettes par jour  
Fumez-vous du Haschich régulièrement oui  non   
Avez-vous le mal des transports oui  non

Buvez-vous régulièrement oui  non   
du vin oui  non   
de la bière oui  non   
des apéritifs oui  non

**Sélectionnez la case qui correspond le plus à vos capacités physiques :**

Cochez la case	Activité	Réservé Médecin
<input type="checkbox"/>	Marcher à l'intérieur de son domicile, faire sa toilette, s'habiller	Met<4
<input type="checkbox"/>	Monter 2 étages, faire du ménage	Met 4-7
<input type="checkbox"/>	Monter + de 2 étages, gros travaux de bricolage, Monter en haut d'une colline	Met >7

**MEDICAMENTS :**

Bien penser à amener une ordonnance dactylographiée pour la consultation

Liste des médicaments avec nom dose et répartition sur la journée

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

**ETAT DENTAIRE : Vous êtes informés que le risque de bris dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile.**

❶ Portez-vous un appareil dentaire mobile ? oui  non   
- Haut oui  non   
- Bas oui  non   
❷ Avez-vous des dents artificielles fixes, mobiles ou déchaussées ? oui  non   
❸ Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ou qui vous semblent fragiles oui  non

**Si vous désirez signaler quelque chose de particulier, exprimez-vous ?**

.....  
.....