

FICHE QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Date d'entré..... Date d'intervention Type 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 rendez-vous dès à présent par téléphone, uniquement, au 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, cardiologique, carte de groupe sanguin, ordonnances en cours de validité dactylographiées si vous disposez de ces documents). Bien penser à apporter une copie de votre carte d'identité

Avez-vous déjà été opéré(e) :

OPERATIONS	DATE/ANNEE	OPERATIONS	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 ?

- A la poussière ou au pollen ? oui non
- Allergie à un médicament ? (pénicilline, anti-inflammatoires etc...) oui non

Si oui lesquels ?

- Au latex ? (préservatifs, gants de vaisselle, ballons de baudruche) oui non
- A la Bétadine ? oui non

Autre. Précisez :

- Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave (tel que l'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
- Un saignement prolongé après une extraction dentaire ? oui non
- Un saignement important après une chirurgie ? oui non
- Des antécédents dans la famille proche de maladie hémorragique (hémophilie, Willebrand, autre...) ? oui non

Pour les femmes :

- Des saignements entre la période des règles ayant conduit à une consultation ou un traitement ? oui non
- Une hémorragie après accouchement ? oui non

- Etes-vous susceptible d'être enceinte ? oui non

Pour les enfants :

- S'agit-il d'un ancien prématuré ? oui non
- A-t-il (elle) eu un malaise du nourrisson ? oui non
- Des bronchiolites à répétition ou de l'asthme ? oui non
- Est-il (elle) sujet au 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 vaisseauxoui non
- Angine de poitrine ou angor ou infarctusoui non
- Palpitations ou trouble du rythme cardiaque.....oui non
- Perte de connaissance brutale ou syncope.....oui non
- Phlébite ou embolie pulmonaire.....oui non
- Varicesoui non
- Artérites, crampes dans les mollets lors de la marche.....oui non
- Hypertension artérielleoui non

MALADIE RESPIRATOIRE

- Asthme oui non
 - Bronchites à répétition oui non
 - Pneumopathie oui non
 - Apnée du sommeil oui non
- MALADIE NEUROLOGIQUE**
- Epilepsie ou convulsion oui non
 - Attaque cérébrale ou AVC oui non
 - Spasmophilie, tétanie 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 ENDOCRINIENNE

- Diabète oui non
- Maladie de la thyroïde 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

HABITUDES DE VIE :

- Etes-vous fumeur ? oui non
Si oui, combien de cigarettes par jour ?.....
- Fumez-vous du Haschich oui non
- Avez-vous le mal des transports ? oui non
- Buvez-vous quotidiennement de l'alcool ?
 - + d' 1/2 litre de vin oui non
 - de la bière oui non
 - des apéritifs oui non

MALADIE OCULAIRE

- Glaucome.....oui non
- Portez-vous des lentilles de contact ?.....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 :

Merci de joindre votre ordonnance dactylographiée à ce document 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 si 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 ?

.....