

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIE

Clinique Médico-chirurgicale CHARCOT

51, 53 rue commandant Charcot - 69110 Ste Foy-lès-Lyon

Secrétariat anesthésie : 04 72 32 69 69 / anesthesie@ clinique-charcot.fr

Questionnaire à rapporter complété et signé pour la consultation avec l'anesthésiste.

Rapporter à la consultation d'anesthésie : vos ordonnances, votre carte de groupe sanguin, examens cardiologiques (échographie cardiaque, test d'effort, compte-rendu de consultation), vos dernières analyses sanguines.

Nom :	Nom de naissance:	Prénom :
Né(e) le :/...../.....	Profession :	Email :@.....
Adresse :		Téléphone :

Intervention prévue :	Date :/...../.....
Chirurgien :	<input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> > 24 heures
Anesthésie proposée : <input type="checkbox"/> AL +sédation <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> ALR <input type="checkbox"/> Topique	

Poids :	Taille :
---------------	----------------

CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE / LOCOREGIONALE

Date	opération ou examen	type d'anesthésie
1/
2/
3/
4/
5/
6/
7/

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? oui / non

Si oui, lesquels ? Nausées ou vomissements : oui/ non

Saignements : oui/ non

Reprise chirurgicale : oui/non

Autre (à préciser) :

TRAITEMENTS EN COURS : apporter la photocopie de vos ordonnances à la consultation d'anesthésie.

Fumez-vous ?	oui / non	Si oui : quelle quantité ?
Consommez-vous de l'alcool ?	oui / non	Si oui : quelle quantité ?
Consommez-vous des stupéfiants, drogues ?	oui / non	Si oui : quel type ?

EVALUATION DU RISQUE HEMORRAGIQUE

- 1/Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement prolongé ou inhabituel (saignement nez, coupure)? oui / non
2/Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après extraction dentaire ? oui / non
3/Faites-vous des hématomes ou des bleus de plus de 2 cm sans choc ou après choc mineur ? oui / non
4/Des membres de votre famille sont-ils, ou vous, êtes-vous suivis pour une maladie de la coagulation responsable de saignements importants (ex : maladie de Willebrand, hémophilie) oui / non
5/Avez-vous eu des complications hémorragiques au cours / après une intervention ? oui / non
6/Pour les femmes :
Avez-vous des règles abondantes ayant nécessité une consultation ou un traitement ? oui / non
Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ? oui / non

ALLERGIES

- Etes-vous allergique à un ou des médicament(s) ? oui / non
Etes-vous allergique à un ou des aliments ? oui / non
Etes-vous allergique au latex ? oui/non
Etes-vous allergiques à la poussière, acariens, pollens, poils d'animaux ? oui / non
Comment se sont-elles manifestées ? (entourez les symptômes vous concernant)
Rhinite / rougeur / urticaire / œdème de Quincke / asthme / choc anaphylactique / syndrome de Lyell / autre :

EVALUATION DE VOTRE ETAT BUCCO-DENTAIRE

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ?

Si oui, lesquelles ?

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ?

oui/non

Partielle ? en haut / en bas

Totale ? en haut / en bas

Vous manque-t-il des dents ?

oui/non

Avez-vous des implants, bridges, facettes collées, dent cassée et réparée (résine) ou pivots ?

oui/non

Où ?

Certaines de vos prothèses fixes se descendent-elles souvent ?

oui/non

Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ?

oui/non

Avez-vous eu récemment ou êtes-vous en cours d'un travail dentaire ?

oui/non

Si oui, sur quelle(s) dent(s)

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?

oui/non

Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ?

oui/non

*Vous êtes informé(e) que le risque de traumatisme dentaire dans le cadre de l'anesthésie existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile.**Si vous avez répondu plusieurs fois oui et/ou avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre dentiste afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste de ses conclusions.*

Avez-vous ou êtes-vous traité(e) pour les maladies suivantes :

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Angine de poitrine / infarctus du myocarde ? oui/non

Porteur (se) de stents coronaires (ressorts dans les artères du cœur) ? oui/non

Hypertension artérielle ? oui/non

Porteur (se) d'un pace-maker ? oui/non

Des phlébites ? Une embolie pulmonaire ? oui/non

Des palpitations ? De l'arythmie ? oui /non

MALADIES RESPIRATOIRES

Des apnées du sommeil ? oui/non

Si oui, avez-vous une machine la nuit ? oui/non

Avez-vous de l'oxygène à domicile ? oui/non

De l'asthme ? oui/non

Si asthme : allergique ? à l'effort ? oui/non

Bronchite chronique ? oui/non

MALADIES DIGESTIVES

Une gastrite? Ulcère (estomac ou duodénum)? oui/non

Une hernie hiatale ? Reflux gastro-oesophagien ? oui/non

Supportez-vous les anti-inflammatoires ? oui/non

Une maladie du colon ? oui/non

Une hépatite ? oui/non

MALADIES NEUROLOGIQUES

Une épilepsie (convulsions) ? oui/non

Un accident vasculaire cérébral, AIT ? oui/non

Une maladie de Parkinson ? oui/non

Un syndrome dépressif ? oui/non

Une myopathie ? oui/non

Des migraines ? oui/non

MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

Un diabète? oui/non

Si oui, êtes-vous traité(e) par des injections d'insuline ? oui/non

Avez-vous du cholestérol ? des triglycérides ? oui/non

une maladie de la thyroïde ? oui/non

MALADIES FAMILIALES

Y a t-il dans votre famille des maladies répétitives, héréditaires, fréquentes ? oui/non. Laquelle :

MALADIES GYNECOLOGIQUES et ANTECEDENTS**OBSTETRICAUX**

Nombre de grossesse(s) :

Nombre d'enfant(s) : Césariennes(s) :

Prenez-vous la pilule ? oui/non

Avez-vous un stérilet ? oui/non

MALADIES RENALES et URINAIRES

Une insuffisance rénale ? oui/non

Si oui, dialysez-vous ? oui/non

Pour les hommes: problèmes de prostate ? oui/non

RISQUE VIRAL/CREUTZFELDT-JACOB

Avez-vous été transfusé ? oui/non

Si oui, au cours des 6 derniers mois ? oui/non

Etes-vous séropositif(ve) / HIV, hépatite ? oui/non

Avez-vous reçu de l'hormone de croissance ? oui/non

RHUMATOLOGIE

Des rhumatismes invalidants ? de l'arthrose ? oui/non

Une hernie discale ? +/- une névralgie ? oui/non

Une scoliose ? oui/non

DIVERS

Portez-vous des lentilles de contact ? oui/non

Avez-vous des appareils auditifs ? oui/non

Etes-vous traité(e) pour un glaucome ? oui/non

Etes-vous malade en voiture / en bateau ? oui/non

Voulez-vous signaler autre chose ne figurant pas dans ce questionnaire ?
.....
.....

Date :

Nom et signature :