

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIE

Clinique Médico-chirurgicale CHARCOT

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

Secrétariat anesthésie : 04 72 32 69 69 / anesthésie@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 :

☐ Ambulatoire ☐ > 24 heures

Anesthésie proposée : ☐ AL +sédation ☐ AG ☐ ALR ☐ 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

Si oui lequel ou lesquels :

Etes-vous allergique à un ou des aliments ? oui / non

Si oui lequel ou lesquels :

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 ?

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 ?

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 OBSTETRIQUES

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 :