

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHESIQUE

Ce questionnaire doit être complété et rapporté le jour de votre consultation de pré-anesthésie

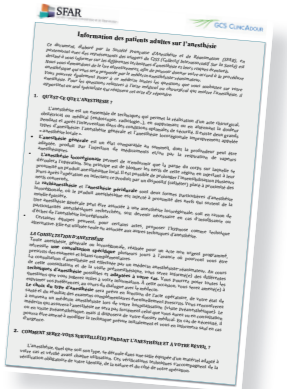
Intervention envisagée :

Côté : droit gauche non applicable

Chirurgie ambulatoire : Oui Non

Afin de mieux vous connaître et d'adapter la prise en charge à vos antécédents médicaux, l'équipe d'anesthésie vous remercie de renseigner ce questionnaire que vous remettrez à l'anesthésiste lors de la consultation de pré-anesthésie.

En complément de ce questionnaire, nous vous demandons de lire attentivement l'information sur l'anesthésie (SFAR). Vous pourrez ainsi demander au médecin anesthésiste de répondre à toutes vos questions.



Le jour de la consultation, il est indispensable de vous munir des documents en votre possession, même anciens : ordonnance(s), carte de groupe sanguin, électrocardiogramme, échographie cardiaque, test d'effort, comptes rendus de consultations (dentaire notamment), résultats de vos dernières analyses : suivi de diabète (Hba1c en %), créatinine, INR.



ALCOOL

Consommez-vous :

Régulièrement de l'alcool ? Oui Non

Si oui, quelle quantité par jour ?
 moins de 1/4l 1/4l 1/2l
 1l 2l plus de 2l

Nombre d'apéritifs par semaine :
 0 1 3 5 7

TABAC

Consommez-vous :

Du tabac ? Oui Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Depuis quand ?

DROGUES

Consommez-vous :

Du cannabis ? Oui Non

De l'héroïne ? Oui Non

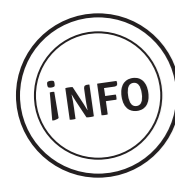
D'autres toxiques ? Oui Non

DIVERS

Avez-vous séjourné ou été hospitalisé en dehors de la France dans l'année passée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu des transfusions sanguines ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Etes-vous malade en voiture / bateau ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, où ? _____	Si oui, quand ? _____	Portez-vous des lentilles de contact ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Quels traitements avez-vous reçu pendant ce séjour ? _____	Avez-vous perdu du poids (hors régime) ces trois derniers mois ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous un glaucome ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, combien de kg ? _____	Avez-vous des appareils auditifs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ETAT BUCCO-DENTAIRE

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des implants, bridges ou pivots ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu un travail dentaire récent (moins d'un an) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lesquelles ? _____	Certaines de ces prothèses fixes se descellent-elles souvent ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel type et sur quelle(s) dent(s) ? _____
Portez-vous une ou deux prothèses ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous d'autres dents mobiles ou déchaussées ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Supérieure complète <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> Inférieure complète <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires : limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Etes-vous en cours de traitement chez un dentiste ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	



Dans le cadre d'une anesthésie générale, le risque dentaire existe. Il est d'autant plus important que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui aux questions ci-dessus et si vous avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre chirurgien-dentiste afin de faire évaluer ce risque dès que possible (avant la consultation de pré-anesthésie). Nous vous demandons d'être muni des conclusions de votre chirurgien-dentiste le jour de la consultation de pré-anesthésie.

Avez-vous des observations complémentaires sur votre état de santé avant votre anesthésie ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'équipe médicale d'anesthésie réanimation :

Dr BEN AHMED
 Dr KRID
 Dr

SERVICE D'ANESTHÉSIE
05 58 06 66 34

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Né(e) le :

Poids : Taille :

Nombre d'enfant(s) : Profession :

Vit seul : Oui Non

CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE/LOCOREGIONALE/LOCALE

ANNEE :	OPERATION OU EXAMEN :	TYPE D'ANESTHESIE
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

Autres à préciser :

QUEL EST VOTRE TRAITEMENT ACTUEL ? Merci d'apporter votre ordonnance

NOM DU MEDICAMENT	Dosage	Nombre de comprimés		
		Matin	Midi	Soir
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Avez-vous déjà :

Eu des examens cardiaques ? Oui Non

Consulté ou été hospitalisé pour une cause cardiaque ? Oui Non

Un pontage coronarien ? Oui Non

Une valve cardiaque artificielle ? Oui Non

Pace maker (pile) ? Oui Non

Des stents coronaires (ressorts dans les artères du cœur) ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, merci de rapporter vos derniers comptes rendus et résultats d'examens.

Avez-vous :

Des difficultés à monter 2 étages ? Oui Non

Des douleurs dans la poitrine ? Oui Non

Un rythme cardiaque irrégulier ? Oui Non

Des crampes dans les mollets en marchant ou la nuit (artérite) ? Oui Non

Pace maker (pile) ? Oui Non

Déjà fait des phlébites ? Oui Non

Etes-vous suivi pour :

Hypertension ? Oui Non

Un souffle au cœur ? Oui Non

Une angine de poitrine ? Oui Non

Un infarctus ? Oui Non

Une insuffisance cardiaque ? Oui Non

MALADIES NEUROLOGIQUES

Avez-vous déjà eu :

Une perte de connaissance ? Oui Non

Une migraine ? Oui Non

Une crise de tétanie ? Oui Non

Un syndrome dépressif ? Oui Non

Une épilepsie (convulsions) ? Oui Non

Un accident vasculaire cérébral (attaque, AVC, AIT, hémiparésie) ? Oui Non

Une maladie de Parkinson ? Oui Non

Une sciatique ? Oui Non

La maladie d'Alzheimer ? Oui Non

Une myasthénie ? Oui Non

MALADIES HEPATIQUES

Avez-vous eu une hépatite virale (jaunisse) ? Oui Non

Si oui, laquelle ? A B E autres

Avez-vous été traité pour cette hépatite ? Oui Non

Avez-vous une cirrhose ? Oui Non

MALADIES RESPIRATOIRES

Etes-vous suivi(e) ou soigné(e) :

Par un pneumologue ? Oui Non

Pour un asthme ? Oui Non

Pour une bronchite chronique ? Oui Non

Pour une embolie pulmonaire ? Oui Non

Pour une autre maladie ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, merci de rapporter vos derniers comptes rendus et résultats d'examens.

Avez-vous :

Une toux ou des crachats au moins 3 mois par an ? Oui Non

Un essoufflement au repos ? Oui Non

Des apnées du sommeil ? Oui Non

Une machine la nuit ? Oui Non

De l'oxygène à domicile ? Oui Non

MALADIES RENALES

Avez-vous déjà :

Eu des problèmes pour uriner ? Oui Non

Eu des problèmes de prostate ? Oui Non

Été soigné(e) pour une maladie rénale ? Oui Non

Été soigné(e) pour une infection urinaire (cystite) ? Oui Non

Été soigné(e) pour une insuffisance rénale ? Oui Non

MALADIES HEMATOLOGIQUES

Avez-vous :

Déjà consulté pour un problème de saignement ? Oui Non

Des règles abondantes ? Oui Non

Eu des saignements importants après des soins dentaires ? Oui Non

Des hématomes sans vous cogner ? Oui Non

La maladie de Willebrandt ? Oui Non

Une anémie ? Oui Non

MALADIES HEREDITAIRES

Dans votre famille, existe-t-il un antécédent :

D'hyperthermie maligne suite à une anesthésie ? Oui Non

De décès lors d'une anesthésie ? Oui Non

De décès d'origine cardiaque avant 50 ans ? Oui Non

De phlébite ou d'embolie pulmonaire ? Oui Non

De maladie de Creutzfeldt-Jacob (vache folle) ? Oui Non

MALADIES DIGESTIVES

Etes-vous suivi par un gastro-entérologue ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, merci de rapporter vos derniers comptes rendus et résultats d'examens.

Avez-vous été traité(e) pour :

Une gastrite ? Oui Non

Une œsophagite ? Oui Non

Une hernie hiatale ? Oui Non

Des varices œsophagiennes ? Oui Non

Un ulcère de l'estomac ou du duodénum ? Oui Non

Une maladie du colon ? Oui Non

Une autre maladie ? Oui Non

Laquelle :

MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

Avez-vous :

Du diabète ? Oui Non

Si oui, depuis quand ?

Des injections d'insuline ? Oui Non

Des complications liées au diabète ? Oui Non

Du Cholestérol ? Oui Non

Une maladie de la thyroïde ? Oui Non

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Etes-vous susceptible d'être enceinte ? Oui Non

Prenez-vous la pilule ? Oui Non

Avez-vous un stérilet ? Oui Non

Avez-vous eu des grossesses ? Oui Non

Avez-vous eu une toxémie gravidique ? Oui Non

ALLERGIES

Etes-vous allergique à :

Un produit d'anesthésie ? Oui Non

Un antibiotique ? Oui Non

Des médicaments ? Oui Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

Latex (ballons de baudruche, préservatifs, gants de ménage) ? Oui Non

Un produit de contraste de radiologie ? Oui Non

Un aliment ? Oui Non

Avez-vous eu des réactions cutanées de type urticaire ou œdème de Quincke ? Oui Non