

Secrétariat: Tel : 04 74 28 08 44 Fax : 04 74 93 73 91 Mail : <http://www.ceni-ambulatoire.fr/contact.html>

CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIE

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 (cardiaques, pneumologiques, biologiques...).

Nom: Nom de jeune fille :
 Prénom:..... Date de naissance:.....
 Profession :
 Adresse :

 Téléphone :

 Date d'entrée : Date d'intervention :
 Chirurgien :

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.
 Bien penser à apporter votre carte d'identité.

Poids: **Taille :** Perte de poids récente ? oui non
 Vivez- vous seul(e) à domicile ? oui non

Avez-vous eu :

- **Une carte de groupe sanguin ?** oui non
- **Un bilan cardiologique ?** oui non
- **Test d'effort ? Echographie cardiaque ?** oui non
- **Un bilan pneumologique ? EFR ?** oui non
- **Un compte rendu d'hospitalisation?** oui non
- **Des bilans sanguins ?** oui non
- **Des ordonnances ?** oui non
- **Un carnet de santé ?** oui non
- **Un médecin traitant ?** oui non

**IL FAUT IMPERATIVEMENT
 EMMENER AVEC VOUS TOUS
 CES DOCUMENTS A VOTRE
 CONSULTATION
 D'ANESTHESIE**

Nom :

Avez-vous déjà été opéré (e) ?

| Opération : | Type d'anesthésie | Date | Opération | Type d'anesthésie | Date |
|-------------|-------------------|------|-----------|-------------------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Avez-vous eu une opération sur la moelle épinière, le cerveau, les yeux ? oui non
 Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger dans les 12 derniers mois ? oui non

Grossesse (s) à terme : **Césarienne (s) :** **Fausses couche (s) :**

Problème personnel ou familial connu suite à une anesthésie ? oui non

Nausées vomissements après la chirurgie Difficulté intubation Bris dentaire

Autre

Avez-vous eu une transfusion sanguine ? oui non Date de la transfusion :

Avez-vous le mal du transport ? oui non

Avez-vous des allergies ? oui non

- A la poussière ou au pollen oui non

- Allergie à 1 médicament? (antibiotique, anti-inflammatoires, produit de contraste...) oui non

Si oui lesquels ?

- Allergie alimentaire oui non

- Au latex? (préservatifs, gants de vaisselle, ballons de baudruche...) oui non

- Autre ? Précisez:

- Avez-vous déjà eu 1 réaction grave (choc anaphylactique, œdème de Quincke) ? oui non

.....

- Une intolérance à certains médicaments (nausées, sensation de vertiges..) ? oui non

.....

Avez-vous des problèmes d'hémorragie ?

-Tendance aux saignements prolongés/inhabituels oui non

- Saignements de nez de plus de 10 minutes oui non

- Tendance à faire des hématomes de plus de 2cm sans choc oui non

- Tendance à faire des hématomes importants pour un choc mineur oui non

- Après une extraction dentaire : saignement prolongé ? saignement 24 heures après ? oui non

- Un saignement important après une chirurgie oui non

- Des antécédents dans la famille comme hémophilie, Willebrand... oui non

Pour les femmes :

- Des saignements entre les règles ayant conduit à une consultation ou un traitement? oui non

- Une hémorragie après accouchement ? oui non

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

Vos habitudes :

- Fumez-vous ? oui non Nombre de cigarettes par jour ?.....

- Fumez-vous du cannabis ? oui non Autre drogue ou substitut? oui non

- Buvez-vous régulièrement de l'alcool, du vin, de la bière, un apéritif ? oui non

- Nombre de verres en moyenne par jour ?

Pour les enfants :

- Ancien prématuré ? oui non

- Bronchiolites à répétition? Asthme? Bronchite asthmatiforme ? oui non

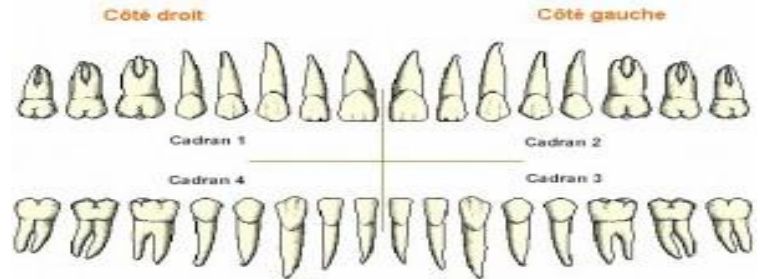
- Parents fumeurs ? oui non

ETAT DENTAIRE : Vous êtes informé(e) 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 !

Afin de limiter ce risque, nous avons besoin de connaître en détail votre état dentaire.

- Portez-vous un appareil dentaire mobile ? oui non Haut Bas
- Avez-vous des dents artificielles ? oui non Bridge? oui non Pivots? oui non
- Dents déchaussées ou fragiles ? oui non

Cochez les dents concernées :



LE JOUR DE L'INTERVENTION :

- Les consignes de jeûne doivent être respectées
- Les consignes d'arrêt de médicaments doivent être suivies
- Pour un acte sous anesthésie en ambulatoire: vous devez repartir et être accompagné(e) le soir par une personne adulte

Aucune décision importante ne doit être prise dans les 24 heures suivant une anesthésie générale.

Certains médicaments peuvent avoir un effet sur la vigilance.

La conduite automobile est proscrite pendant les 12 premières heures après l'anesthésie.

Date :

Signature :

AUTORISATION D'OPERER pour les patients mineurs ou sous tutelle

- Pour un mineur :
- L'autorisation d'opérer des **2 parents** est indispensable
 - **Un des 2 parents au moins doit être présent à la consultation d'anesthésie**
 - Pour les **enfants de moins de 10 ans** : la présence d'un **2^e adulte** est nécessaire pour le trajet en voiture à la sortie de la clinique.

Nous soussignons : Mme mère / tutrice

M père / tuteur

autorisons les praticiens du Centre Endo Nord Isère à pratiquer tout acte médical, chirurgical ou anesthésique nécessaire à la prise en charge de mon fils / ma fille né(e) le

Signature de la mère / tutrice :

Signature du père / tuteur :