

**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, 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) :** ..... **Fausse 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, apéro ?  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

**Cocher la case qui correspond le plus à vos activités physiques :**

<input type="checkbox"/>	Marcher à l'intérieur du domicile, faire sa toilette, s'habiller seul, préparer le repas...
<input type="checkbox"/>	Monter 1 étage sans s'arrêter, courir sur 100 m, danse, pétanques, tâches ménagères intensives...
<input type="checkbox"/>	Natation, footing, ski, randonnée, monter plus de 2 étages sans s'arrêter...

**Avez-vous déjà eu ou avez- vous les maladies suivantes ?**

- Hypertension artérielle  oui  non - Tension habituelle : .....

- Souffle au cœur ou dans les vaisseaux  oui  non - Pace maker - Pile cardiaque  oui  non

- Perte de connaissance brutale - Syncope  oui  non - Palpitations - trouble du rythme  oui  non

- **Angine de poitrine – angor - infarctus**  oui  non - **Insuffisance cardiaque**  oui  non

- Varices  oui  non - Phlébite ou embolie pulmonaire  oui  non

- Crampes aux mollets lors de la marche  oui  non - Hypercholestérolémie  oui  non

- Asthme  oui  non - Bronchites à répétition  oui  non

- Pneumopathie  oui  non - Emphysème - Pneumothorax  oui  non

- Apnée du sommeil appareillée  oui  non - Pauses respiratoires constatées  oui  non

- Suspicion d'apnée mais non testé  oui  non - Fatigué dans la journée  oui  non

- Ronflement régulier et sonore  oui  non

- Infections urinaires à répétition  oui  non - Calculs rénaux  oui  non

- Difficultés à uriner  oui  non - Adénome de prostate (homme)  oui  non

- Au moins 2 réveils la nuit pour uriner  oui  non - **Insuffisance rénale**  oui  non

- Anneau gastrique? Gastroplastie ? By pass ? Sleeve gastrique ? .....  oui  non

- Acidité ou reflux gastrooesophagien  oui  non - Ulcère à l'estomac - Gastrite  oui  non

- Hernie hiatale ?  oui  non - Hépatite - Jaunisse  oui  non

- Testé pour HIV ou Hépatite virale  oui  non - Drépanocytose - Thalassémie  oui  non

- **Diabète**  oui  non - Ancienneté du diabète : ..... ans

- Maladie de la thyroïde  oui  non Hypothyroïdie  Hyperthyroïdie

- Epilepsie - Convulsions  oui  non - **Attaque cérébrale – AVC - AIT**  oui  non

- Douleur sciatique  oui  non - Paralyse totale ou partielle  oui  non

- Spasmophilie - Tétanie  oui  non - Traitement pour les nerfs ?  oui  non

- Migraine  oui  non - Trouble de la sensibilité  oui  non

- Arthrose  oui  non - Maladie des muscles  oui  non

- Douleur aux : Cervicales  Lombaires  Epaules  Hanches

- Avez-vous un glaucome ?  oui  non - Appareils auditifs ?  oui  non

- Portez- vous les lentilles de contact ?  oui  non - Prothèses métalliques ? Clous ?  oui  non

**Avez-vous d'autres problèmes de santé ?**

.....

.....

**Cochez si vous prenez :**  Aspirine  Traitement fluidifiant le sang : .....

**TRAITEMENT HABITUEL : joindre l'ordonnance**

-

-

-

-

-

**Contraception :** (pilule, stérilet) .....

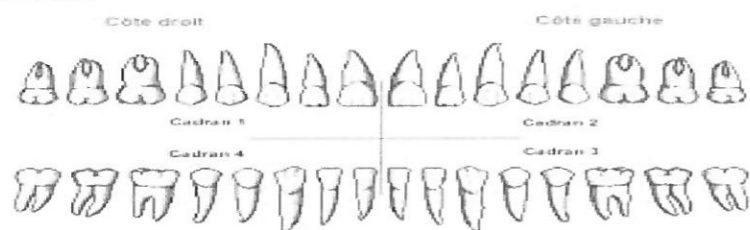
Attention : la contraception peut être rendue inefficace pendant le cycle en cours lors de l'hospitalisation !

**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 jeun doivent être respectées
- Les consignes d'arrêt de médicaments doivent être suivies
- La chirurgie en ambulatoire : vous devez être accompagné(e) le soir par une personne adulte

Aucune décision importante ne doit être prise dans les 24 heures suivant une anesthésie générale  
La conduite automobile est à éviter dans les 48 premières heures

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<sup>e</sup> 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 de la clinique Saint Vincent de Paul 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 :



**QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE**  
Votre rendez – vous le ..... avec le Dr : .....

Secrétariat d'anesthésie : Tel : 04 37 03 00 18 Fax : 04 74 93 47 40 Mail : [anesthesie.svp@gmail.com](mailto:anesthesie.svp@gmail.com)

**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 une copie de 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 : .....

Réservé aux secrétaires :

LABO <input type="checkbox"/>	Info anesthésie <input type="checkbox"/>
CR <input type="checkbox"/>	Info transfusion <input type="checkbox"/>
PDR <input type="checkbox"/>	Désignation <input type="checkbox"/>
.....	Info péridurale <input type="checkbox"/>