

## CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Prendre rendez-vous au **04 90 25 31 97**

Tous les jours de 13h30 à 19h00 ainsi que les jeudis et vendredis de 9h00 à 12h00

### Avant votre consultation, remplir

Les questionnaires ci-après + apportez :

#### OBLIGATOIREMENT

- Vos dernières ordonnances
  - Votre dossier cardiologique
  - Vos examens sanguins
- } si vous en avez

### Le jour du rendez-vous ne pas oublier :

- Tous les documents médicaux demandés
- Votre carte vitale,
- Votre carte de mutuelle,  
Pour les enfants, le Carnet de santé

En arrivant, vous devez vous présenter à l'accueil de la clinique pour établir le dossier d'admission (prévoir 10 minutes avant l'heure de votre consultation)

### Questionnaire d'anesthésie

- NOM : ..... Prénom : .....
- Date de naissance : ..... Age : ..... Poids : ..... Kg Taille : ...
- Profession : .....
- NOM et prénom de votre médecin traitant : Docteur.....Localité : .....

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p><b><u>AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES ANESTHÉSIES ?</u></b><br/>                     Si oui pour quelles interventions ?.....<br/>                     .....<br/>                     .....<br/>                     Votre réveil a-t-il été calme ?<br/>                     Avez-vous présenté nausées et vomissements ?<br/>                     Y a-t-il eu des complications ? .....<br/>                     .....<br/>                     Quelqu'un de votre famille a-t-il eu une complication après une anesthésie ?.....<br/>                     .....</p>  | <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>  | <p><b><u>SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT :</u></b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Si oui, apportez impérativement votre ordonnance</p> <p>Avez-vous déjà eu une hémorragie après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une coupure ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> <li>- Des soins dentaires ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> <li>- Une opération <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> </ul> <p>Avez-vous déjà été transfusé ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p>   |  |
| <p><b><u>ETES-VOUS ALLERGIQUE :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibiotiques ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> <li>- Anti-inflammatoires ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> <li>Autres..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> <li><b>Au latex ?</b></li> <li>A la Bétadine ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> <li>A l'iode ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> <li>A des aliments ? ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> <li>.....</li> <li>Dans votre famille vous a-t-on signalé une allergie sévère ?..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></li> </ul> | <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> | <p><b><u>HABITUDES DE VIE :</u></b></p> <p>Est-ce que vous fumez ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Consommez-vous du cannabis ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>D'autres drogues ? Lesquelles <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>.....</p> <p>Buvez-vous plus de 4 verres d'alcool par jour ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Activité sportive pratiquée ?..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>.....</p> <p>Pouvez-vous monter 3 étages sans vous arrêter ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Est-ce que vous ronflez ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Faites-vous de l'apnée du sommeil ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Êtes-vous appareillé ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Avez-vous des vertiges ? ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Avez-vous le mal des transports ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> <p>Portez-vous des Lentilles ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span></p> |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p><b><u>AVEZ-VOUS DEJA ETE SOIGNE POUR :</u></b></p> <p><b>MALADIE CARDIO-VASCULAIRE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angines de poitrine</li> <li>- Hypertension artérielle</li> <li>- Insuffisance cardiaque</li> <li>- Palpitations, troubles du rythme</li> <li>- Artérite</li> <li>- Phlébite</li> <li>- Embolie pulmonaire</li> </ul> <p><b>MALADIE DES POUMONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asthme</li> <li>- Bronchite chronique</li> <li>- Insuffisance respiratoire</li> <li>- Autres</li> </ul> <p><b>MALADIE NEUROLOGIQUE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accident vasculaire cérébral</li> <li>- Paralyisie</li> <li>- Maladie de Parkinson</li> <li>- Maladie d'Alzheimer</li> <li>- Convulsions/crises d'épilepsie</li> <li>- Tétanie, Spasmophilie</li> </ul> <p><b>PROBLEMES DIGESTIFS :</b></p> <p><b>Avez-vous un reflux gastrique ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estomac</li> <li>- Le foie</li> <li>- Le colon</li> </ul> <p><b>LE DIABETE</b></p> <p><b>PROBLEME THYROIDIEN</b></p> <p><b>AUTRE MALADIE</b><br/>Laquelle ?.....</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> | <p><b>MALADIE RENALES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coliques néphrétiques</li> <li>- Autres</li> </ul> <p><b>LA PROSTATE</b></p> <p><b>MALADIE DU SANG</b></p> <p>Avez-vous des troubles de la coagulation ?</p> <p><b>LES YEUX :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glaucome</li> <li>- Décollement de la rétine</li> <li>- Hémorragie thrombose</li> <li>- Forte myopie</li> </ul> <p><b>ETES-VOUS séropositif ?</b><br/><b>Porteur de l'hépatite C</b></p> <p><b>DANS VOTRE FAMILLE VOUS A-T-ON</b><br/><b>SIGNALE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie musculaire</li> <li>- Maladie de Creutzfeldt Jacob</li> </ul> <p>Etes-vous enceinte ?</p> <p>Avez-vous eu des grossesses ?</p> <p><b>Avez-vous d'autres informations médicales à signaler ?</b></p> <p><b>Si oui, lesquelles :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |
|---|--|--|--|

## Questionnaire sur l'état bucco-dentaire

**Le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe, il est lié à l'introduction dans la bouche pendant l'anesthésie de matériel permettant d'assister la ventilation (sonde d'intubation - canule). Le risque est d'autant plus important que vos dents sont fragiles. C'est pour cela que nous vous demandons de remplir soigneusement ce questionnaire seul ou avec l'aide de votre dentiste.**

- Portez-vous une ou deux **prothèses amovibles** (appareil dentaire) ?  Oui  non
- Avez-vous des **prothèses fixes** ? Bridge - implant - pivot - couronne(entourez votre ou vos réponses)
- Certaines de vos dents sont-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ?  Oui  non
- Lesquelles ? .....
- Avez-vous des **dents mobiles ou déchaussées** ?  Oui  non
- Etes-vous en cours de traitement chez votre dentiste ?  Oui  non
- Portez-vous des prothèses provisoires ?  Oui  non
- Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ?  Oui  non  
(Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture...)
- Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ?**  Oui  non

Date : .....

Signature :