

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE ENFANT JUSQU'A 12 ANS

AVANT la consultation d'anesthésie merci de

1/ Remplir le questionnaire qui suit,

2/ Se présenter 10 minutes avant le RDV à l'accueil de la clinique
pour établir le dossier d'admission

3/ Apporter pour le jour de la consultation,

- ❖ Le carnet de santé,
- ❖ Les dernières ordonnances, si votre enfant prend ou a pris des médicaments
- ❖ Les derniers résultats d'examen. (Prise de sang ...) si vous en avez

4/ NE PAS OUBLIER la carte vitale sur laquelle figure votre enfant,

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... **Age:**

Poids : **Kg** **Taille :**

Nom du médecin traitant :

1 – VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA ETE OPERE : OUI NON

Si oui, de quoi et quand ?

L'anesthésie s'est-elle bien passée ? OUI NON

Un incident particulier vous a-t-il été signalé ?

Y-a-t-il eu des problèmes relatifs à l'anesthésie dans votre famille ? OUI NON

Si oui : Lesquels ?

Tournez SVP



2 – VOTRE ENFANT FAIT-IL DES ALLERGIES :

OUI NON

.....
A quels médicaments ?

A quels aliments ?

Autres allergies connues :

3 – VOTRE ENFANT A-T-IL EU DE L’ASTHME ? :

OUI NON

Des bronchites asthmatiformes ?

OUI NON

4 – VOTRE ENFANT EST-IL MALADE EN CE MOMENT ?

OUI NON

Maladie actuelle

.....
A-t-il la grippe ?

OUI NON

Est-il enrhumé ?

OUI NON

Votre enfant prend-il des médicaments **d’une façon régulière** ?

OUI NON

Lesquels ?

Votre enfant prend-il des médicaments **en ce moment** ?

OUI NON

Lesquels ?

Votre enfant a-t-il pris de l’ASPIRINE durant les 15 derniers jours ?

OUI NON

5 – EST-CE QU’IL RONFLE QUAND IL DORT ? :

OUI NON

Avez-vous l’impression qu’il s’arrête de respirer pendant son sommeil ?

OUI NON

A-t-il des réveils brusques nocturnes ?

OUI NON

6 – A-T-IL DES DENTS QUI BOUGENT ? :

OUI NON

7 – VOTRE ENFANT SAIGNE T-IL FACILEMENT ?

OUI NON

A la naissance, son ombilic a saigné plus de 12 heures après la chute du cordon ?

OUI NON

A-t-il saigné la nuit ou le lendemain :

➤ Après une extraction de dent ?

OUI NON

➤ Après une opération chirurgicale ?

OUI NON

A-t- il eu du sang dans les urines ?

OUI NON

Se fait-il des bleus facilement ?

OUI NON

Saigne-t-il du nez souvent ?

OUI NON

A-t-il saigné plus d’1/4 h après une prise de sang ?

OUI NON

Ses frères, Ses sœurs ou vous-même avaient déjà présenté une de ces hémorragies ?

OUI NON

8 – VOTRE ENFANT A-T-IL LE MAL DES TRANSPORT :

OUI NON