

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHESIQUE

A RAPPORTER complété et signé pour la consultation avec l'anesthésiste.

INFORMATIONS PREABLABLES

La consultation pré-anesthésique est obligatoire. Elle doit être réalisée plusieurs jours à l'avance (Décret du 5 Décembre 1994). Elle contribue à assurer la sécurité de la prise en charge pour votre intervention. Ce document fait partie de votre dossier médical, il est couvert par le secret médical.

Il est indispensable de rapporter tout document médical vous concernant (ordonnance, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme échographie cardiaque, test d'effort, compte-rendu de consultation, résultats de vos dernières analyses : suivi de diabète (Hba1c en %), créatinine, INR....

Les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs de la clinique des Cèdres n'adhèrent au Contrat d'Accès aux Soins.

Les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs de la clinique des Cèdres sont des spécialistes conventionnés à honoraires libres (Secteur 2). Vous serez informé(e) des honoraires d'anesthésie pour votre intervention prochaine lors de cette consultation et un devis vous sera remis.

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

PATIENT

Nom

Prénom :

Né(e) le :

Poids :

Taille :

Nombre d'enfant(s) :

QUEL EST VOTRE TRAITEMENT ACTUEL ? Joindre
votre ordonnance

CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS
ANESTHESIE

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Êtes-vous allergique à un produit d'anesthésie, à un antibiotique, à un médicament ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Avez vous ou êtes vous soigné pour une maladie
du cœur et des vaisseaux ?

Oui Non

Si oui pour quelle maladie ?



Avez vous ou êtes vous soigné pour une maladie respiratoire ? Oui Non

Si oui laquelle ?

Avez vous ou êtes vous soigné pour une maladie rénale ? Oui Non

Si oui laquelle ?

Avez vous ou êtes vous soigné pour une maladie digestive ou hépatique ? Oui Non

Si oui laquelle ?

Avez vous ou êtes vous soigné pour une maladie hématologique ? (ex : problème de saignement, d'hémophilie, de Willebrand, anémie, hémorragie lors d'accouchement) Oui Non

Si oui laquelle ?

Avez vous ou êtes vous soigné pour une maladie neurologique ? Oui Non

Si oui laquelle ?

Avez vous ou êtes vous soigné pour une maladie hormonale et métabolique ? (ex diabète, thyroïde, cholestérol). Oui Non

Si oui laquelle ?

Êtes-vous enceinte? Oui Non

Fumez-vous ? Oui Non

Si oui combien de cigarettes par jour ?

Cannabis ou autres stupéfiants ? Oui Non

Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? Oui Non

Si oui combien de verres par jour ?

- Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ?

Oui Non

Lesquelles ?

- Portez-vous une ou deux prothèses dentaires amovibles ? Oui Non

- Avez-vous des implants, bridges, ou pivots ? Oui Non

- Certaines de ces prothèses fixes se descellent-elles souvent ? Oui Non

- Avez-vous d'autres dents mobiles ou déchaussées ? Oui Non

- Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ? Oui Non

- Êtes-vous en cours de traitement chez un dentiste ? Oui Non

- Avez-vous eu des soins dentaires récents (moins d'un an) ? 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

Vous êtes informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre chirurgien dentiste afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.

Avez-vous des remarques complémentaires à faire avant votre anesthésie ?

Date et signature du patient :

