



QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE LOCALE LOCO REGIONALE OU GENERALE

FOR DP 010
Indice 2

DOCUMENT A COMPLETER ET A RAPPORTER POUR LA CONSULTATION D'ANESTHESIE ET LE JOUR DE VOTRE ADMISSION

NOM :
.....
NOM de jeune fille :
Prénom :
DATE DE NAISSANCE :
PROFESSION :

POIDS: TAILLE :
MOTIF D'HOSPITALISATION :
Si intervention : DATE
Si grossesse : TERME prévu
POIDS avant grossesse

Avez-vous déjà été hospitalisé, opéré, anesthésié ? Pourquoi ? - - - -	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu des problèmes d'anesthésie (anesthésie locale, générale ou locorégionale : rachianesthésie, péridurale) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Quels sont vos antécédents obstétricaux (accouchements, césariennes, fausses couches) <i>Précisez dates et modalités</i>

Avez-vous déjà fait des allergies aux aliments, à la poussière, au pollen, autres ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait une allergie ? Si oui à quoi : - médicaments : antibiotique aspirine, anti-inflammatoire autres - injection d'iode pour radiographie - aliments : banane, avocat, kiwi, châtaigne, sarrasin autres - <u>produits en latex (ou en caoutchouc)</u> : en gonflant des ballons de baudruche pendant des soins dentaires au contact de gants en latex au contact de préservatif pendant un examen gynécologique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Comment cette allergie s'est-elle manifestée ?		
Etes-vous en contact fréquent avec du matériel en latex dans votre vie professionnelle ou quotidienne ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre médecin vous soigne-t-il pour le cœur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà été en consultation chez un Cardiologue ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà réalisé un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous de l'hypertension ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà eu un infarctus du myocarde ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Faites-vous de l'angine de poitrine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait un malaise vagal ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, combien de cigarettes par jour ?		
Avez-vous souvent des bronchites ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Toussez-vous ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Etes-vous actuellement enrhumé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Etes-vous asthmatique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous fait des coliques néphrétiques ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Faites-vous fréquemment des infections urinaires ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous une hernie hiatale (estomac) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous présenté une hépatite virale ou médicamenteuse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie, de spasmophilie, des convulsions ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous de migraines ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait un accident vasculaire cérébral ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous sujet à des états dépressifs ou à une anxiété importante ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous trop de cholestérol ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous diabétique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Présentez vous des problèmes thyroïdiens ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Présentez vous une anémie, une thalassémie, une hémophilie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Présentez vous des hématomes spontanés, une anomalie de coagulation (une hémophilie, Willebrand) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous des règles abondantes et longues depuis la puberté ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà été transfusée ? Quand ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous de varices ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous fait des phlébites ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous fait des embolies pulmonaires ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous de lombalgies, sciatiques, cervicalgies ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous de migraines ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu une intervention neurochirurgicale réalisée en France avant 1995 ?		
Sur le cerveau	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sur le rachis	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Avez-vous reçu de l'hormone de croissance extractive avant 1988?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Y a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie de Creutzfeld Jacob	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Présentez-vous un décollement de rétine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous un glaucome ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Portez-vous des lentilles ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Portez-vous un appareil dentaire amovible ou fixe ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous des dents fragiles actuellement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Prenez vous des médicaments actuellement ? :

Si oui, lesquels ? (merci d'apporter l'ordonnance de votre traitement)

Avez-vous pris de l'aspirine ces 10 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
--	------------------------------	------------------------------

Avez-vous des remarques particulières à formuler ou des évènements à signaler au médecin anesthésiste ?

RECOMMANDATIONS :

- **Arrêter de fumer, au minimum 12H avant votre admission**
- **Stopper toute prise alimentaire au moins 6H avant votre admission et 2H avant pour un liquide clair**
- **Suivre les consignes de l'Anesthésiste vu en consultation**
- **Apporter le jour de votre admission votre traitement en cours et les ordonnances correspondantes**
- **Le jour de l'intervention, enlever les prothèses, les bijoux, le maquillage, les piercings.**

Des accidents GRAVES sont possibles lorsque ces précautions n'ont pas été observées.



CONSETEMENTS

FOR DRP 015
Indice 2

ETIQUETTE PATIENT

Je soussigné(e), Nom/Prénom :

CONSETEMENT A LA TRANSFUSION

- Certifie avoir reçu le document d'information préalable à la transfusion de produits sanguins labiles.
- Certifie avoir pris connaissance des informations concernant la transfusion et avoir obtenu les réponses à mes questions.
- Donne mon accord pour sa réalisation si besoin**
- Ne donne pas mon accord pour sa réalisation**

Date :	Signature patient(e):
---------------	------------------------------

CONSETEMENT ECLAIRE D'ANESTHESIE

- Certifie avoir reçu le document d'information préalable à l'anesthésie.
- Certifie avoir pris connaissance des informations concernant l'anesthésie et avoir obtenu les réponses à mes questions.
- Donne mon accord pour la procédure anesthésique.**

Date :	Signature patient(e):
---------------	------------------------------