

INTERVENTION OU INVESTIGATION PREVUE :

- AMBULATOIRE
 HOSPITALISATION
 ENTRÉE LE JOUR MÊME

SELAS GROUPE DES MEDECINS ANESTHESISTES DE LA CHATAIGNERAIE ET DE LA PLAINE

➔ 10, rue Condorcet 63000 CLERMONT-FERRAND / email : secretariat@anesthesieclermont.fr

POUR PRENDRE UN RDV :

- Par internet : <https://monrendezvousdanesthesie.fr>
 - Par téléphone : 04.43.55.19.48 (du lundi au vendredi de 09h00 à 18h00)

Dr Marc BEGARD
 Dr Pauline BERTHELIN
 Dr Raïko BLONDONNET
 Dr Estelle BONY-COLLANGETTES
 Dr Thibaud CAMMAS
 Dr Sébastien CHRISTOPHE

Dr Sylvia COLOMB
 Dr Jean-Sébastien FAURE
 Dr Julie FAYON
 Dr Guillaume GAYRAUD
 Dr Philippe JOUVE
 Dr Séverine LAFORET

Dr Sihem MEDBOUHI
 Dr François MIRAULT
 Dr Antoine PETIT
 Dr Raphaël SALERNO
 Dr Fabrice SIBAUD

Dr François SIMONNET
 Dr Pierre TYRODE
 Dr Jean-Luc VAILLE
 Dr Bruno VERDIER
 Dr Amal ZOUAD

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE CHIRURGIE

RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE PREVU LE: _____ à : _____



Merci de compléter ce document et le rapporter le jour de votre consultation chez l'anesthésiste avec :

- Ordonnance de traitement en cours (OBLIGATOIRE ++)
 - Compte-rendu de consultation cardiologique
 - Résultats de bilans sanguins récents
 - Carte de groupe sanguin

Nom : Prénom : Sexe : F H
 Nom de jeune fille : Date de naissance :/...../..... Taille : Poids :
 Profession : Téléphone :
 Adresse :
 Médecin traitant : Cardiologue habituel :
 Date d'entrée en clinique : Date d'intervention :
 Nom du médecin qui doit intervenir :

• **Fumez-vous ?** OUI NON **Buvez-vous de l'alcool tous les jours ?** OUI NON
 Combien/jour ? Depuis combien de temps ? Combien de verres par jour ?

• **Faites-vous des allergies ?** OUI NON
 Précisez : Médicaments :
 Latex
 Autres (aliments, pollens, eczéma, urticaire, rhume des foins, soja...).....

• **Avez-vous déjà été anesthésié ?** OUI NON
 Si oui pour quelle(s) intervention(s) ? :

• **Quel est votre groupe sanguin ?** **Avez-vous déjà été transfusé ?** OUI NON

• **Y a-t-il eu des complications lors de ces anesthésies ?** OUI NON
 Nausées Agitation Allergie
 Retard de réveil Anoxie Intubation difficile

• **Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ?** OUI NON **Prenez-vous la pilule ?** OUI NON
 Nombre de grossesses : Nombre d'enfants :

• **Prenez-vous des médicaments ?** OUI NON
 Si OUI, lesquels ? (nom, posologie, heure de prise...) **Merci de fournir l'ordonnance (OBLIGATOIRE pour la consultation) :**

- **Souffrez-vous d'une maladie cardio-vasculaire ?** OUI NON
 - Hypertension Palpitation/arythmie Problèmes valvulaires
 - Angine de poitrine/Infarctus Artérite Autres :

- **Comment évaluez-vous votre capacité à l'effort ?**
 - Médiocre (toilette, repas déambulation à la maison) Faible (faire ses courses, marche moins de 3km, jardin) Bonne (marche rapide, sport occasionnel) Très bonne (sportif entraîné)

- **Avez-vous déjà ressenti des symptômes inquiétants (douleurs thoraciques, palpitations) lors d'un effort ? :** OUI NON

- **Souffrez-vous d'une maladie pulmonaire ou bronchique ?** OUI NON
 - Asthme Bronchite chronique Insuffisance respiratoire
 - Apnée du sommeil Bronchoemphysème. Autres :

- **Avez-vous présenté des accidents thrombo-emboliques ?** OUI NON
 - Phlébite Embolie Pulmonaire
 - Accident Vasculaire Cérébral AIT. Autres :

- **Présentez-vous des symptômes évoquant des troubles de la coagulation ?** OUI NON
 - Saignements de nez Règles abondantes Hématomes spontanés
 - Saignements de gencives Thrombopénie Hémorragie post opératoire

- **Avez-vous des problèmes neurologiques ?** OUI NON
 - Épilepsie Troubles de mémoire Migraines
 - Parkinson Dépression, anxiété Autres :

- **Avez-vous des problèmes endocrinologiques ?** OUI NON
 - Diabète Troubles thyroïdiens Autres :

- **Avez-vous des problèmes urinaires ou rénaux ?** OUI NON
 - Prostate Infections urinaires Insuffisance rénale

- **Avez-vous des problèmes digestifs ?** OUI NON
 - Reflux gastrique/Gastrite Ulcère Cirrhose/Hépatite
 - Constipation Crohn/RCH Colon

- **Avez-vous des problèmes ophtalmologiques ?** OUI NON
 - Glaucome Myopie forte DMLA Autres :

- **Présentez-vous des problèmes de santé non cités ci-dessus ?** OUI NON
 Si OUI, lesquels ?

- **Si vous avez des dents fragiles, des implants, des pivots, des bridges, merci de noter leur emplacement sur le schéma :
 Dents fragiles = F Pivot = P Bridge = B Implant = I**

Prothèses dentaires amovibles : OUI NON

- **En cas de transfusion ou d'accident d'exposition au sang, autorisez-vous vos médecins à effectuer un bilan sérologique pour un dépistage des maladies contagieuses (Hépatites B, C, VIH) ?** OUI NON

Date :/...../.....

Signature :

