GROUPE HOSPITALIER NORD VIENNE

Centre Hospitalier de CHATELLERAULT

Centre Hospitalier de LOUDUN

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

PATIENT ADULTE

AFIN QUE VOTRE INTERVENTION SE DEROULE DANS LES MEILLEURES CONDITIONS DE SECURITE, REMPLISSEZ CE QUESTIONNAIRE LE PLUS COMPLETEMENT POSSIBLE EN INDIQUANT VOS ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX, IL VOUS SERA RECLAME PAR LE MEDECIN ANESTHESISTE EN MEME TEMPS QUE VOS DOCUMENTS MEDICAUX RECENTS.
(Examens de laboratoire, radiographie pulmonaire, électrocardiogramme, carte de groupe sanguin et ordonnances des médicaments).

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître en vue de votre anesthésie. Votre médecin traitant pourra vous aider à le remplir :

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance..... Profession.....

Adresse .....

.....

Téléphone ..... Portable .....

Poids ..... Taille .....

Type d'intervention prévue .....

.....

Nom du chirurgien .....

1 - ANTECEDENTS ANESTHESIQUES (*Anesthésie générale, locale ou péridurale)

INTERVENTIONS ANTERIEURES	DATE	TYPE D'ANESTHESIE *	ETABLISSEMENT	COMPLICATIONS	
				OUI	NON

2 – ALLERGIES ❑Oui ❑Non

Allergies respiratoires

❑Pollen (Rhume des foins) ❑Asthme ❑Polypes du nez

Allergies médicamenteuses

❑Anesthésique. Le(s)quel(s) ?……
❑ Aspirine
❑Autre anti-inflammatoire. Le(s)quel(s) ?……
❑Pénicilline
❑Autre antibiotique. Le(s)quel(s) ?……
❑Iode (examen radiologique – Bétadine)
❑Autres : ……

Autres allergies

❑Latex (Gants en caoutchouc-Préservatif)
❑Aliment (Kiwi, banane, avocat, fruits secs). Le(s)quel(s) ?……
❑Cosmétique. Le(s)quel(s) ?…….
❑Produit ménager. Le(s)quel(s) ?……..…..

Comment s'est manifestée votre allergie ?

❑Difficultés à respirer ❑Urticaire ❑Chute de la tension artérielle ❑Eczéma
❑Oedèmes (gonflement du visage, de la gorge ou des mains)

Avez-vous eu un bilan de votre allergie ? ❑Oui ❑Non
(Si oui, apportez votre bilan)

3 – ANTECEDENTS CARDIO-VASCULAIRES (Apportez les courriers de votre cardiologue)

❑Hypertension artérielle
❑Angine de poitrine
❑Infarctus du myocarde
❑Arythmie
❑Pontage coronaire
❑Stent
❑ Actif ❑ Nu ❑ Inconnu
❑Dilatation des coronaires par ballonnet
❑Valve cardiaque
❑Pace Maker
❑Défibrillateur implantable

❑Artérite
❑Accident vasculaire cérébral
❑Embolie pulmonaire
❑Varice ❑Droite ❑Gauche
❑Phlébite ❑Droite ❑Gauche
❑ Sans cause ❑ Après intervention
❑ Due à une anomalie biologique favorisante

4 – ANTECEDENTS RESPIRATOIRES

❑Asthme
❑Bronchite chronique
❑Infection pulmonaire (virale ou bactérienne)
❑Pneumothorax
❑Ronflements importants
❑Apnée du sommeil
❑Avec appareillage ❑Sans appareillage
❑Fumeur et ancien fumeur
Nombre de cigarettes/jour : …….. Pendant combien d'années ?……
Date d'arrêt du tabac :……

5 – ANTECEDENTS NEURO-PSYCHIATRIQUES

❑Epilepsie
❑Migraine
❑Maladie de Parkinson
❑Sclérose en plaque
❑Spasmophilie - Tétanie
❑Dépression
❑Autres. Précisez :……

6 – TROUBLES DE LA COAGULATION DU SANG (En dehors d'un traitement)

Dans votre famille (Mère, père, frères et sœurs), avez-vous connaissance d'anomalies de la coagulation se manifestant par :

❑Bleus anormaux pour des traumatismes minimes
❑Saignement anormal par le nez
❑Hématome important après blessure ou intervention
❑Défaut de facteur de coagulation prouvé par une analyse biologique

Avez-vous eu des transfusions de sang ? ❑Oui ❑Non
- Date : …….
- Cause :……

Avez-vous une carte de groupe sanguin ? ❑Oui ❑Non

Date 1ère détermination : …… Date 2ème détermination :……

7 – TROUBLES METABOLIQUES ❑Oui ❑Non

❑Diabète ❑Sans Insuline ❑Avec Insuline
❑Cholestérol ❑Traitement. Lequel ? …….
❑Thyroïde ❑Traitement. Lequel ? …….
❑Boissons alcoolisées Quantité par jour : ……..
❑Autres troubles : .....

8 – ANOMALIES DE LA COLONNE VERTEBRALE

❑Rhumatisme – Arthrose ❑Hernie discale
❑Sciatique ❑Canal lombaire étroit
❑Intervention sur le rachis. Laquelle ?……

9 – DIVERS

❑ HIV
❑Glaucome
❑Hépatite ❑A ❑B ❑C
❑Insuffisance rénale
❑Hernie hiatale
❑Cancer du sein avec curage ganglionnaire ❑Droit ❑Gauche
❑Grossesse ❑En cours Nombre d'enfants : …….
❑Prothèse oculaire
❑Prothèse auditive
❑Appareil dentaire
❑Dent sur pivot. La(les)quelle(s) ?…….
❑Prothèse Orthopédique ❑Hanche ❑Genou ❑Epaule
❑Autre prothèse (Percing…). La(les)quelle(s) ?……

10 – TRAITEMENT

Le traitement anticoagulant doit être signalé le plus tôt possible : les anti-agrégants plaquettaires (ASPIRINE, PLAVIX) et les anti-vitamines K (SINTROM, PREVISCAN).
Le médecin anesthésiste décidera avec vous de l'arrêt ou de la poursuite du traitement.

Quels médicaments prenez-vous ? Indiquez les doses.

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

Quels médicaments avez-vous pris récemment et que vous ne prenez plus ?

.....
.....

11 – COMMENTAIRE

.....
.....

DATE : **SIGNATURE :**