

**Drs Elisabeth WAULTIER – Stephan MIERDL – Muriel VESQUE
Thomas KRATZ – Caroline KRATZ**



UNITE D'ANESTHESIE REANIMATION
CLINIQUE BENIGNE JOLY
Allée Roger Renard – 21240 TALANT
Tél / 03 80 58 35 47

**QUESTIONNAIRE ET DOCUMENT PRE- ANESTHESIQUES PEDIATRIQUE
A RAPPORTER complétés et signés pour la consultation avec l'anesthésiste.**

⇒ **INFORMATIONS PREALABLES**

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 l'intervention de votre enfant. Ce document fait partie de son dossier médical, il est couvert par le secret médical.

Il est indispensable de rapporter tout document médical concernant votre enfant (carnet de santé, ordonnance, carte de groupe sanguin, compte-rendu de consultation, résultats de ses dernières analyses sanguine ou urinaire, ...)

⇒ **VOTRE ENFANT**

Nom :		
Prénom :		
Né(e) le :	Poids :	Taille :

⇒ **VOTRE ENFANT A-T-IL EU DES INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE / LOCOREGIONALE / LOCALE**

DATE (si possible)	TYPE D'OPERATION OU D'EXAMEN	TYPE D'ANESTHESIE

A-t-il eu des problèmes lors de ces anesthésies ? oui non

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements : oui non

Saignements : oui non

Autres à préciser : _____

CONCERNANT LA MERE ET LE PERE

- La grossesse s'est-elle bien déroulée ? oui non
- L'accouchement est-il survenu à terme ? oui non
- L'accouchement s'est-il déroulé normalement sans complication ? oui non
- L'enfant a-t-il crié de suite ? oui non
- L'enfant a-t-il été réanimé ? oui non
- L'enfant était-il porteur d'une malformation cardiaque ou pulmonaire à la naissance ? oui non
- Y a-t-il des sujets allergiques dans votre famille ? oui non
- Une personne de la famille a-t-elle présenté un accident lors d'une anesthésie ?
(mère, père, frère, sœur) oui non
- Y a-t-il dans la famille des personnes atteintes de maladie neuromusculaire ? oui non
- Y a-t-il dans la famille des personnes atteintes d'anomalie de coagulation sanguine ? oui non
- Y a-t-il eu une hyperthermie maligne suite à une anesthésie dans votre famille ? oui non
- Y a-t-il eu un décès lors d'une anesthésie dans votre famille ? oui non
- Y a-t-il eu un décès d'origine cardiaque avant 50 ans dans votre famille ? oui non

CONCERNANT L'ENFANT

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

- Votre enfant a-t-il présenté des pertes de connaissance ? oui non
- Votre enfant a-t-il présenté d'autres problèmes cardiaques ? oui non
- Votre enfant est-il essoufflé après un petit effort (ex : monter 2 étages) ? oui non
- Votre enfant a-t-il naturellement les ongles ou les lèvres bleutés ? oui non
- Votre enfant a-t-il présenté des saignements prolongés au cours d'une extraction dentaire ? oui non
- Votre enfant présente-t-il des hématomes importants après une petite chute ou des coups ? oui non

MALADIES RESPIRATOIRES

- Votre enfant est-il sujet à des crises d'asthme ? oui non
- Votre enfant est-il sujet aux bronchiolites ? oui non
- Votre enfant présente-t-il des infections fréquentes (angine, otites, rhino) ? oui non
- Le père ou la mère fument-ils ? oui non
- Votre enfant présente-t-il d'autres problèmes respiratoires ? oui non
- Si oui lesquels : _____

MALADIES D'ENFANCES

- Votre enfant a-t-il eu une des maladies suivantes : Varicelle Rougeole Oreillons Rubéole
- Votre enfant est-il à jour de ses vaccins ? oui non

MALADIES HORMONALES, METABOLIQUES ET DIGESTIVES

- Votre enfant présente-t-il des problèmes de diabète ? oui non
- Si oui depuis combien de temps ? _____
- Votre enfant a-t-il pris de l'hormone de croissance ? oui non
- Votre enfant a-t-il souvent mal au ventre ? oui non
- Votre enfant est-il souvent sujet aux vomissements ? oui non

MALADIES NEUROLOGIQUES

- Votre enfant est-il sujet à des crises d'épilepsie ? des convulsions ? oui non
- Votre enfant est-il sujet à des migraines ? des maux de tête fréquents ? oui non
- Votre enfant est-il sujet à des crises de tétanie/spasmophilie ? oui non
- Votre enfant est-il sujet à des crises d'anxiété/ d'angoisse ? oui non
- Votre enfant est-il nerveux ? agité ? oui non

PROBLEMES ALLERGIQUES

- Votre enfant est-il allergique à un produit d'anesthésie ? oui non
- Votre enfant est-il allergique à un antibiotique ? oui non
- Votre enfant est-il allergique à 1 ou des médicaments en particuliers ? oui non

Si oui, lesquels : _____

- Votre enfant est-il allergique au Latex (ballons de baudruche, gants de ménage) ? oui non
- Votre enfant est-il allergique à un produit de contraste de radiologie ? oui non
- Votre enfant est-il allergique à un aliment ? oui non
- Votre enfant a-t-il eu des réactions cutanées de type urticaire, œdème de Quincke, rhinite allergique ?
oui non

DIVERS

- Votre enfant a-t-il eu des transfusions sanguines ? oui non
- Votre enfant a-t-il eu des maladies infectieuses majeures (HIV, tuberculose, ...) ? oui non
- Votre enfant a-t-il présenté une hépatite virale (ou jaunisse) ? oui non
- Votre enfant est-il malade en voiture/bateau ? oui non

ETAT BUCCO-DENTAIRE

- Votre enfant a-t-il des dents qui bougent ? oui non

Si oui lesquelles ? _____

POUR LES ADOLESCENTS OU ADOLESCENTES UNIQUEMENT

TABAC

- Votre enfant fume-t-il ? oui non
- Combien de cigarettes par jour ? _____ Depuis combien d'années ? _____
- Votre enfant consomme-t-il du Cannabis ? oui non
- Votre enfant consomme-t-il d'autres toxiques ? oui non

GYNECOLOGIE

- Votre enfant prend-elle la pilule ? 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.

Date : _____

Signature :