

**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

*Pour plus d'informations, consultez le site web du cabinet d'anesthésistes : [www.selarl-anesthesiste-talant.fr](http://www.selarl-anesthesiste-talant.fr)*

<b>QUESTIONNAIRE ET DOCUMENT PRE- ANESTHESIQUES</b> <b>A RAPPORTER complétés et signés pour la consultation avec l'anesthésiste.</b>
---

⇒ **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 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...)**

⇒ **PATIENT**

Nom :		
Prénom :		
Né(e) le :	Poids :	Taille :
Nom de jeune fille :		Nombre d'enfant(s) :
Profession :		Vit seul : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

⇒ **CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE / LOCOREGIONALE / LOCALE**

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

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? oui  non

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements : oui  non

Saignements : oui  non

Autres à préciser : \_\_\_\_\_

### MALADIES DU CŒURS ET DES VAISSEAUX

Avez-vous déjà eu des examens à visée cardiaque ? Date ? \_\_\_\_\_ oui  non

Nom du cardiologue : \_\_\_\_\_

Avez-vous des difficultés à monter deux étages ? oui  non

Avez-vous des douleurs dans la poitrine ? oui  non

Avez-vous un rythme cardiaque régulier ? oui  non

Etes-vous suivi pour une hypertension artérielle ? oui  non

Etes-vous suivi pour un souffle au cœur ? oui  non

Etes-vous suivi pour une angine de poitrine ? oui  non

Etes-vous suivi pour un infarctus du myocarde ? oui  non

Etes-vous suivi pour une insuffisance cardiaque ? oui  non

Avez-vous fait des phlébites ? oui  non

Avez-vous des crampes dans les mollets vous stoppant à la marche (artérite) ? oui  non

### MALADIES RESPIRATOIRES

Etes-vous suivi par un pneumologue ? Nom du pneumologue \_\_\_\_\_ oui  non

Rapportez vos comptes rendus et résultats d'examens

Etes-vous essoufflé(e) au repos ? oui  non

Avez-vous une machine la nuit ? oui  non

Avez-vous de l'oxygène à domicile ? oui  non

Avez-vous été soigné(e) pour un asthme ? oui  non

Avez-vous été soigné(e) pour une bronchite chronique ? oui  non

Avez-vous été soigné(e) pour une embolie pulmonaire ? oui  non

### MALADIES RENALES

Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate) ? oui  non

Avez-vous été soigné(e) pour une infection urinaire (cystite) ? oui  non

### MALADIES DIGESTIVES

Etes-vous suivi par un gastro-entérologue ? oui  non

Rapportez vos comptes rendus et résultats d'examens

Avez-vous été traité(e) pour une gastrite ? oui  non

Avez-vous été traité(e) pour un ulcère (de l'estomac ou du duodénum) ? oui  non

Avez-vous été traité(e) pour une maladie du colon ? oui  non

Avez-vous eu une hépatite virale (ou jaunisse) ? si oui laquelle A-B-C ? oui  non

Avez-vous eu une hernie hiatale ? oui  non

Avez-vous eu un reflux gastro-oesophagien ? oui  non

### MALADIES HEMATOLOGIQUES

Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement ? oui  non

Avez-vous des règles abondantes ? oui  non

Avez-vous eu des saignements importants après des soins dentaires ? oui  non

Faites-vous des hématomes sans vous cogner ? oui  non

Avez-vous une hémophilie ? oui  non

Avez-vous une maladie de Willebrandt ? oui  non

Avez-vous une anémie ? oui  non

### MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

- Etes-vous Diabétique ? si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_ oui  non
- Etes-vous traité(e) par de l'insuline (injection)? oui  non
- Avez-vous du cholestérol ? oui  non
- Avez-vous une maladie de la thyroïde ? oui  non

### MALADIES NEUROLOGIQUES

- Avez-vous déjà perdu connaissance ? oui  non
- Avez-vous été traité(e) pour une migraine ? oui  non
- Avez-vous été traité(e) pour Tétanie/spasmophilie ? oui  non
- Avez-vous été traité(e) pour syndrome dépressif ? oui  non
- Avez-vous été traité(e) pour une épilepsie (ou convulsion) ? oui  non
- Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral (attaque, AVC, AIT, hémiplégie) ? oui  non
- Avez-vous été traité(e) pour une sciatique ? oui  non
- Avez-vous été traité(e) pour une myasthénie ? oui  non

### GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

- Etes-vous susceptible d'être enceinte ? oui  non
- Prenez-vous la pilule  oui  non  Avez-vous un stérilet ? oui  non
- Avez-vous eu des grossesses ? oui  non
- Avez-vous eu une toxémie gravidique ? oui  non
- Avez-vous eu une ou des péridurales ? oui  non
- Avez-vous eu des hémorragies de délivrance ? oui  non
- Etes-vous ménopausée ? oui  non
- Avez-vous des traitements hormonaux de substitution ? oui  non

### MALADIES HEREDITAIRES (dans la famille)

- Hyperthermie maligne suite à une anesthésie dans votre famille ? oui  non
- Décès lors d'une anesthésie dans votre famille ? oui  non
- Décès d'origine cardiaque avant 50 ans ? oui  non
- Risque de phlébite ? oui  non
- Myopathie ? oui  non

### PROBLEMES ALLERGIQUES

- Etes-vous allergique à un produit d'anesthésie ? oui  non
- Etes-vous allergique à un antibiotique ? oui  non
- Etes-vous allergique à 1 ou des médicaments en particuliers ? oui  non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

- Etes-vous allergique au Latex (ballons de baudruche, préservatifs, gants de ménage) ? oui  non
- Etes-vous allergique à un produit de contraste de radiologie ? oui  non
- Etes-vous allergique à un aliment ? oui  non
- Avez-vous eu des réactions cutanées de type URTICAIRE, œdème de Quincke, rhinite allergique ? oui  non

### DIVERS

- Avez-vous eu des transfusions sanguines ? oui  non
- Avez-vous eu des maladies infectieuses majeures ( HIV, tuberculose, ... ) ? oui  non
- Avez-vous perdu du poids (hors régime) ces trois derniers mois ? Combien de kg \_\_\_\_\_ oui  non
- Etes-vous malade en voiture/bateau ? oui  non
- Portez-vous des lentilles de contacts ? oui  non
- Avez-vous été traité pour un glaucome ? oui  non
- Avez-vous des appareils auditifs ? oui  non
- Vous a-t-on rapporté un cas d'intubation difficile à votre égard lors d'une anesthésie ? oui  non

### TABAC

- Fumez-vous ? oui  non
- Combien de cigarettes par jour ? \_\_\_\_\_ Depuis combien d'années ? \_\_\_\_\_
- Consommez-vous du Cannabis ? oui  non
- Consommez-vous de l'Héroïne ? oui  non
- Consommez-vous d'autres toxiques ? oui  non

### ALCOOL

- Nombre de litres de vin par jour : 0L  1/4L  1/2L  1L  2L  +de 2L
- Nombre d'apéritifs par semaine : 0  1  3  5  7

### ETAT BUCCO-DENTAIRE

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

Lesquelles ? \_\_\_\_\_

- Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui  non
- |           |   |   |
|-----------|---|---|
| Partielle | maxillaire supérieur <input type="checkbox"/> | maxillaire inférieur <input type="checkbox"/> |
| Complète  | maxillaire supérieur <input type="checkbox"/> | maxillaire inférieur <input type="checkbox"/> |

- 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.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :