



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

Prenez rendez-vous directement via : www.doctolib.fr / Anesthésistes Bénigne Joly

Pour plus d'informations, consultez le site web du cabinet d'anesthésistes : www.selarl-anesthesiste-talant.fr

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

⇒ **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 :		
ALD <input type="checkbox"/>	CMU <input type="checkbox"/>	ACS <input type="checkbox"/>	AME <input type="checkbox"/>	Article 115 <input type="checkbox"/>	Tutelle <input type="checkbox"/>	Curatelle <input type="checkbox"/>
Médecin Traitant : (Nom, Prénom, Ville)						

⇒ **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 ADOLESCENTES OU ADOLESCENTS UNIQUEMENT

TABAC

- Votre enfant vapote-t-il ? oui non
- Si oui, à quel dosage de nicotine ? _____
- 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 :

**Drs Stephan MIERDL – Muriel VESQUE – Thomas KRATZ
Caroline KRATZ – Charlotte POUFFIER**

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

**INFORMATION PREALABLE
AUX COMPLEMENTS D'HONORAIRES EN ANESTHESIE
A RAPPORTER complété pour la consultation avec l'anesthésiste**

Chère patiente, Cher patient,

Vous allez solliciter le cabinet des Anesthésistes Bénigne Joly pour une consultation pré-anesthésique en vue d'un acte chirurgical ou diagnostique sous anesthésie.

⇒ **Code CCAM de l'acte chirurgical ou diagnostique** :
(A remplir par le chirurgien)

Les médecins du Cabinet adhèrent à la convention des caisses d'Assurance Maladie et sont soit adhérents à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (O.P.T.A.M.), soit ils pratiquent la tarification Secteur 2 (conventionné honoraires libres).

En accord avec les caisses d'Assurance Maladie et le Conseil de l'Ordre National des Médecins, les médecins Anesthésistes sont habilités à demander des compléments d'honoraires, limités, avec tact et mesure. Ce complément ne dépassera pas les 100% de la base de remboursement des caisses d'Assurance Maladie.

Le montant de ces compléments sera fait en fonction de l'acte chirurgical ou diagnostique et en fonction de la complexité de votre situation de santé. Ces compléments aident à maintenir une prise en charge optimale adaptée à votre situation individuelle.

Ces compléments d'honoraires pour l'anesthésie vous seront demandés le jour de la consultation pré-anesthésique et devront être réglés par CHEQUE BANCAIRE, de sorte à réaliser un encaissement différé, c'est-à-dire après votre acte chirurgical ou diagnostique.

Souvent, ces compléments sont pris en charge par les MUTUELLES.
Pour ce faire, une facture vous sera remise sous forme de FACTURE SOLDEE.

Afin de pouvoir agir avec tact et mesure, nous vous demandons de nous fournir les informations suivantes au moment de la consultation d'anesthésie :

Mutuelle **Oui** **Non**

Si **Oui**, **Nom de votre Mutuelle** :

Taux de remboursement des consultations et actes :
(se référer aux garanties telles qu'elles apparaissent sur votre contrat de mutuelle)

Médecins spécialistes adhérents à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisé (OPTAM)%

Autres Spécialistes%

Merci d'avoir l'amabilité et la politesse de contacter le cabinet si vous ne pouvez venir à votre rendez-vous ou si vous avez du retard.

Merci pour votre compréhension.

**SELARL Anesthésistes Bénigne Joly
Mai 2018**

J'atteste avoir pris connaissance de ce document

Le _____ Signature :