

**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

*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 d'usage :						
Prénom :						
Né(e) le :	Poids :	Taille :				
Nom de naissance :		Nombre d'enfant(s) :				
Profession :		Vit seul : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
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"/>
<b>Médecin Traitant :</b> (Nom, Prénom, ville)						

⇒ **CITEZ VOS INTERVENTIONS ANTERIEURES 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 irrégulier ? 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 ? oui  non
- Avez-vous été traité(e) pour un ulcère 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

Vapotez-vous ?  oui  non   
Si oui, à quel dosage de nicotine ? \_\_\_\_\_  oui  non   
Fumez-vous ?  oui  non   
Combien de cigarettes par jour ? \_\_\_\_\_ Depuis combien d'années ? \_\_\_\_\_  oui  non   
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   maxillaire inférieur   
Complète  maxillaire supérieur   maxillaire inférieur

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 :

**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 :