



Unité Fonctionnelle d'Anesthésie Réanimation en ORL

Clinique d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale HURIEZ - Pr Gilles LEBUFFE

Service de Chirurgie Cervico-Faciale - Pr Dominique CHEVALIER

Tel : 03 20 44 51 02 ou 03 20 44 53 98

Madame, Monsieur,

En vue de votre prochaine intervention, vous devez bénéficier d'une consultation d'anesthésie. Le document est destiné à mieux connaître votre passé médical ou celui de votre enfant pour améliorer **la QUALITE et la SECURITE** de votre anesthésie.

Il est destiné au **médecin anesthésiste** qui procédera à votre consultation. Si besoin, demandez à votre médecin de vous aider à remplir ce questionnaire.

Nous vous demandons de vous présenter avec :

- **vos dernières ORDONNANCES**
- les **COMPTES RENDUS** des dernières visites chez votre cardiologue ou pneumologue

A l'issue de la consultation, une prise de sang pourra vous être prescrite si elle est nécessaire à l'intervention. Toutefois si vous en avez réalisé une récemment, n'hésitez pas à nous les présenter !

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE

Quel est votre NOM :Prénom :.....

Quel est votre taille :Votre poids :Votre profession :

♦ Indiquez tous **les médicaments** que vous prenez actuellement avec leur posologie :

Nom du médicament et son dosage	Matin	Midi	Soir	Nuit

MODE DE VIE

Porte z-VOUS :

- ✚ des lentilles de contact OUI NON
- ✚ des dents sur pivot ou des bridges OUI NON Incisives Canines
- ✚ des appareils dentairesCompletPartielSupérieurInférieur

- Avez-vous maigri récemment ? OUI NON De combien de kg ?.....
- Faites-vous du sport ? OUI NON Lequel ?
- Consommez-vous des drogues ? OUI NON Lesquelles ?
- Quel est votre consommation de tabac ?Depuis quel âge ?
- Quelle est votre consommation de boissons alcoolisées par jour ?.....

Etes-vous actuellement enceinte ou envisagez-vous de l'être ?..... OUI NON

ANTECEDENTS ANESTHESIQUES

- ◆ Avez-vous subi des anesthésies locales (*dentiste...*)..... OUI NON
- ◆ Avez-vous subi des anesthésies partielles (*péridurale, anesthésie loco-régionale*).. OUI NON
- ◆ **Avez-vous eu des grossesses** OUI NON Combien avez-vous d'enfants ?.....
- ◆ **Quelles interventions chirurgicales avez-vous subies ?**

INTERVENTIONS	ANNEE

- ◆ **Y a t-il eu des incidents au cours de ces interventions?** OUI NON
- ◆ Lesquels ?.....
- ◆ Avez-vous présenté des nausées ou vomissements après une anesthésieOUI NON
- ◆ Souffrez-vous du mal des transportsOUI NON
- ◆ Un membre de votre famille a-t'il eu une complication liée à une anesthésie ? (hyperthermie maligne ou autre complication...)OUI NON

ANTECEDENTS HEMORRAGIQUES

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ♦ Dans votre famille, y a-t-il des hémophiles ou des personnes présentant des saignements anormaux ? | OUI | NON |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ♦ Avez-vous présenté une hémorragie lors d'une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ♦ Saignez-vous de manière prolongée - lorsque vous vous coupez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - après des extractions dentaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ♦ Présentez-vous des ecchymoses ou des gros hématomes au moindre petit choc ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ♦ Avez-vous reçu une transfusion sanguine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date de cette transfusion (*année*) :

ANTECEDENTS ALLERGIQUES

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ♦ Avez-vous déjà eu des allergies ? | OUI | NON |
| ✚ à des médicaments : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Antibiotiques <input type="checkbox"/> Précisez : | | |
| ▪ Produit iodé <input type="checkbox"/> Agent anesthésique <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ Aspirine <input type="checkbox"/> Autres médicaments <input type="checkbox"/> | | |
| ✚ au latex (<i>gants en caoutchouc, ballons de baudruche, préservatifs...</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✚ à des aliments (<i>kiwi, avocat, banane ...</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✚ à autre chose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANTECEDENTS CARDIO-VASCULAIRES

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| ♦ Avez-vous déjà eu ? | OUI | NON | | OUI | NON |
| - de l'hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - un souffle au cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des palpitations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - des pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des douleurs dans la poitrine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - de l'angine de poitrine ou un infarctus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des œdèmes des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - des varices | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un œdème pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - une phlébite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de l'artérite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - une embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un pace maker ou défibrillateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Combien d'étages montez-vous sans vous arrêter ?

AUTRES ANTECEDENTS

◆ Votre médecin a-t-il déjà évoqué : **OUI** **NON**

- un asthme
- une bronchite chronique
- un emphysème

◆ Avez-vous ou avez-vous déjà eu ? **OUI** **NON**

- du diabète
- du cholestérol ou des triglycérides
- un ulcère gastrique ou duodéal
- une gastrite
- une hernie hiatale
- une cirrhose
- une hépatite ou une jaunisse
- de l'urée ou une maladie rénale
- des crises d'épilepsie
- un accident vasculaire cérébral
- une dépression
- une maladie psychiatrique
- un glaucome
- une maladie thyroïdienne
- une hyperthermie maligne
- une myopathie, myasthénie, une porphyrie
- d'autre problème de santé

Lesquels :

◆ Avez-vous des questions particulières concernant votre anesthésie ?

.....

Fait à :, le