

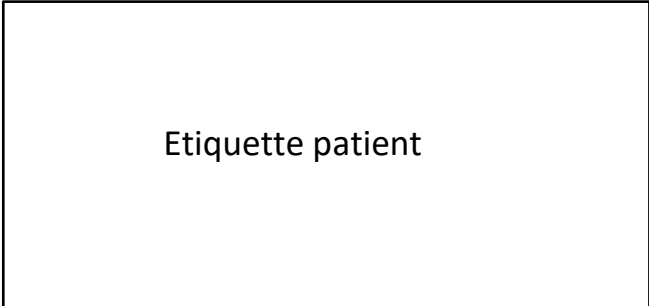
QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIE

La consultation préanesthésique est **obligatoire**. Elle doit être réalisée plusieurs jours avant votre intervention.

Ce questionnaire est destiné à améliorer la qualité et la sécurité de votre anesthésie. Ce document est couvert par le secret médical.

Si vous ne vous sentez pas capable de remplir le questionnaire, faites-vous aider par un **proche**.

Si vous ne parlez pas français ou anglais, il est impératif de venir accompagné(e) d'un **traducteur**. Les **mineurs** doivent impérativement être accompagnés par un adulte ayant l'**autorité parentale**.



Pour **prendre rendez-vous**, merci de contacter notre secrétariat au :
04.91.15.94.47 / 04.91.15.90.92

Ou sur le site Doctolib :
Clinique Bouchard - Pôle anesthésie



DOCUMENTS A APPORTER :

- **Ordonnances de vos médicaments actuels**
- **Liste complète de vos antécédents médicaux et chirurgicaux**
- **Dernier bilan sanguin**
- **Compte rendu de spécialiste (cardiologue, pneumologue, allergologue...)**
- **Carte vitale**

INFORMATIONS :

Nom:

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Chirurgien :

Date d'intervention :

Intitulé d'intervention :

• **PROBLEMES CARDIAQUES ?**

- Hypertension : Oui Non
- Infarctus ou angine de poitrine Oui Non
- Stent ou Pace Maker Oui Non
- Essoufflement anormal à la marche Oui Non
- Œdème du poumon Oui Non
- Arythmie / fibrillation auriculaire Oui Non
- Syncope Oui Non
- Phlébite / Embolie pulmonaire Oui Non
- Crampes à la marche (-500m) Oui Non
- Autres ?

• **PROBLEMES PULMONAIRES ?**

- Asthme Oui Non
- Bronchite chronique Oui Non
- Emphysème Oui Non
- Embolie pulmonaire Oui Non
- Apnée du sommeil Oui Non
- Autres ?

• **PROBLEMES URINAIRES OU RENAUX ?**

- Infection urinaire fréquente Oui Non
- Coliques néphrétiques Oui Non
- Problèmes de prostate Oui Non
- Insuffisance rénale Oui Non
- Autres ?

• **PROBLEMES NEUROLOGIQUES ?**

- Crise de spasmodie Oui Non
- Dépression Oui Non
- Epilepsie ou convulsions Oui Non
- Hémiplégie, AVC Oui Non
- Traumatisme crânien grave Oui Non
- Maladie de Parkinson Oui Non
- Trouble de la mémoire grave Oui Non
- Autres ?

• **PROBLEMES DIGESTIFS ?**

- Brûlures estomac ou ulcère Oui Non
- Hernie hiatale ou Reflux Oui Non
- Hépatite Oui Non
- Cirrhose Oui Non
- Sang dans les selles Oui Non
- Autres ?

• **PROBLEMES ENDOCRINIENS ?**

- Diabète Oui Non
- Excès de cholestérol Oui Non
- Problèmes thyroïdiens Oui Non
- Autres ?

• **PROBLEMES DE COAGULATIONS ?**

- Saignement/hématome anormal Oui Non
- Saignement de nez fréquent Oui Non
- Hémophilie ou Willebrandt Oui Non
- Avez-vous déjà été transfusé ? Oui Non
- Autres ?

• **POUR LES FEMMES :**

- Etes-vous enceinte Oui Non
- Date des dernières règles
- Règles abondantes Oui Non

• **POUR LES FEMMES ENCEINTES :**

- Date d'accouchement
- Prise de poids
- Groupe sanguin
- Diabète gestationnel Oui Non
- Hypertension de grossesse Oui Non
- Scoliose Oui Non
- Fracture ou tassement de vertèbres Oui Non

• **AUTRES MALADIES :**

- Myasthénie Oui Non
- Porphyrie Oui Non
- HIV Oui Non
- Glaucome Oui Non
- Autres maladies ?

• **PROBLEMES DENTAIRES ?**

- Dents qui bougent Oui Non
- Appareils fixe ou amovibles Oui Non
- Implants, bridge, pivots Oui Non
- Autres ?

• **AUTRES ?**

- Lentilles de contact Oui Non
- Appareil auditif Oui Non
- Avez-vous des Piercings ? Oui Non

CONSENTEMENT ECLAIRE D'ANESTHESIE

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

- Reconnaiss avoir reçu au cours de l'entretien avec le médecin anesthésiste, les informations détaillées sur les différents types d'anesthésies pratiquées et les risques qu'elles présentent.
- J'ai eu le temps nécessaire pour poser toutes les questions que j'ai jugé utile concernant la nature et l'importance de la méthode, les risques, les complications possibles, les gestes thérapeutiques associés et leurs propres risques.
- J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.
- J'ai lu, complété et compris tous les documents ci-joints annexés remis
- J'estime avoir été suffisamment informé (e) et je donne mon consentement à l'anesthésie prévue, après avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant.
- J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires en pré ou per opératoire.

Fait à Marseille, le

Signature du patient