

QUESTIONNAIRE ET DOCUMENT PRÉ-ANESTHESIQUES

A RAPPORTER complétés et signés pour la consultation avec l'anesthésiste et lors de l'admission ou à renvoyer par voie électronique. Parapher chaque page

→ PRISE DE RENDEZ-VOUS ET CONTACTS TELEPHONIQUES

Pour la prise de rendez-vous, vous pouvez contacter notre secrétariat au : 04.91.15.94.47 ou vous rendre sur le site doctolib.fr: Anesthésie Clinique Bouchard

Pour nous contacter: Par téléphone au: 04.91.15.94.47 ou par mail contact@anestrea-cb.fr,

→ 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, E.F.R., compte-rendu de consultation, résultats de vos dernières analyses: suivi de diabète (Hémoglobine glyquée Hba1c en %), créatinine, INR,

→ NOM DES MEDECINS DE L'EQUIPE S.D.F ANESTHESIE REANIMATION :

Docteur Laurent **BERDUGO**

Docteur Jean-Gabriel **CASTAGNEDOLI**

Docteur Marius **CODDE**

Docteur Isabelle **DECAMPS**

Docteur Bruno **FRANCESCHINI**

Docteur Mathieu **GENTES**

Docteur Howard **MAX**

Docteur Marie Hélène **PALADINI**

Docteur Serge **PAOLI**

Docteur Arthur **SUREL**

Docteur Philippe **TAGAWA**

Docteur Maxime **VOLFF**

Étiquette Web1 00T



QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

→PATIENT

NOM:

NOM DE NAISSANCE:

PRENOM:

NE(E) LE:

AGE:

ADRESSE :

PROFESSION:

N° TEL:

DATE INTERVENTION:

CHIRURGIEN:

INTERVENTION:

CLINIQUE:

MEDECIN TRAITANT:

CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE/LOCOREGIONALE/LOCALE

	DATE (si possible):	OPERATION OU EXAMEN :	TYPE D'ANESTHESIE
1/
2/
3/
4/
5/
6/
7/
8/
9/
10/

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 :

TAILLE : POIDS ACTUEL :

TABAC

Fumez-vous ? Oui ☐ Non ☐

Combien de cigarettes par jour ? combien d'année ?.....

Avez-vous arrêté de fumer ? Oui ☐ Non ☐

Si oui , depuis combien de temps ?.....

Consommez-vous du Cannabis ? Oui ☐ Non ☐

Consommez-vous de l'Héroïne ? Oui ☐ Non ☐

Consommez-vous d'autres toxiques ?

ALCOOL

Consommez- vous de l'alcool ? Oui ☐ Non ☐

Vos initiales :

Si oui, quoi et combien ?

ETAT BUCCO-DENTAIRE

Certaines de vos dents vous 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 des implants, bridges, ou pivots ? Oui ☐ Non ☐

Certaines de ces prothèses fixes se descellent-elles souvent ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous d'autres dents mobiles ou déchaussées ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ? Oui ☐ Non ☐

Etes-vous en cours de traitement chez un dentiste ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu un travail dentaire récent (moins d'un an) ? Oui ☐ Non ☐

De quel type ?

Sur quelles dents ?

Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ? Oui ☐ Non ☐

(Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture, ...)

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. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre chirurgien dentiste afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.

ALLERGIES

Avez-vous des allergies Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles :

- Médicaments : aspirine, pénicilline, autres Oui ☐ Non ☐

- Produits de contraste radiologique – Désinfectants cutanés Oui ☐ Non ☐

- Rhume des foins, urticaire, eczéma, œdème de Quincke Oui ☐ Non ☐

- Poussière, acariens, autres.....Oui ☐ Non ☐

- Allergie alimentaireOui ☐ Non ☐

Manifestations :

MALADIE DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Vos initiales :

Hypertension ? Oui ☐ Non ☐

Douleurs dans la poitrine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infarctus ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des stents coronaires ? (ressorts dans les artères du cœur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Essoufflement à la marche ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oedème du poumon ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles du rythme ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Perte de connaissance ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varices ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Phlébites ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Crampes à la marche ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MALADIES RESPIRATOIRES

Asthme ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bronchite chronique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Emphysème ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faites-vous des apnées du sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MALADIES URINAIRES OU RENALES

Infection urinaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coliques néphrétiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Problème de prostate ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MALADIES DIGESTIVES

Hépatite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Brûlures d'estomac ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ulcère ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hernie hiatale ou reflux ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MALADIES HEPATIQUES

Avez-vous eu une hépatite virale ? (Ou jaunisse) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Laquelle (A, B, C) ?		
Avez-vous été traité pour cette hépatite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une cirrhose ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MALADIES NEUROLOGIQUES

Spasmophilie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
----------------	------------------------------	------------------------------

Vos initiales :

Dépression?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hémiplégie ou « attaque »?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Traumatisme crânien?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

Diabète?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Excès de cholestérol?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Problèmes thyroïdiens?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MALADIES DU DOS

Fracture ou tassement de vertèbres?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scoliose?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Etes-vous enceinte?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Date des dernières règles?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

MALADIES HEREDITAIRES (dans la famille)

Myasthénie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Porphyrie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hémophilie?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

DIVERS

Transfusions sanguines?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Glaucome?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Appareils auditifs?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Portez-vous des lentilles de contacts?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Questionnaire HEMOSTASE

Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des règles abondantes?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des saignements importants après des soins dentaires?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faites-vous des hématomes sans vous cogner?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

vos initiales:

Avez-vous une hémophilie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie de Willebrandt?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une anémie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

QUEL EST VOTRE TRAITEMENT ACTUEL ?

Si vous prenez de **l'Aspirine, du Plavix, du Prévistan, de la Coumadine,** autres anti-coagulants..... ,
 Il est très important de le signaler au médecin anesthésiste qui vous donnera la conduite à tenir concernant ces médicaments lors de la consultation d'anesthésie.

Apportez votre ordonnance	Nombre de comprimés			
Nom du médicament:	Dosage	Matin	Midi	Soir

Vos initiales :

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE

Ce document, élaboré est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

1. QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur.

Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

→ L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques ;

→ L'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur.

Au cours de cette consultation et de la visite pré-anesthésique, vous êtes invité(e) à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information.

Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

2. COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLÉ (E) PENDANT L'ANESTHÉSIE ET À VOTRE RÉVEIL?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié.

En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post interventionnelle pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

3. QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Pour cela, il est important de faire part au médecin anesthésiste-réanimateur et au personnel infirmier chargé de la surveillance, de tous les maux que vous pourriez ressentir au cours ou après une anesthésie.

4. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont respectées.

vos initiales:

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passagers.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse passagère des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

5. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES AUX ANESTHÉSIES LOCORÉGIONALES ?

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent un repos de plusieurs jours et parfois un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire.

Des douleurs au niveau du point de ponction, dans le dos, sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficultés.

Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés. Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Au cours de l'anesthésie locorégionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

6. EN CAS D'ACTE EN AMBULATOIRE

Avant toute anesthésie pour un acte ambulatoire, il est important de lire attentivement ces recommandations et de demander toute explication complémentaire que vous souhaiteriez avoir. Nous vous demandons de rapporter ce document signé, lors de votre venue à l'hôpital.

Avant l'anesthésie :

Prévenez de toute modification de votre état de santé, y compris s'il s'agit d'une possibilité de grossesse, en appelant le numéro du secrétariat d'anesthésie

Le jour de l'anesthésie:

Respectez les consignes d'hygiène et de jeûne ci-dessous

Après l'anesthésie:

Une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue.

Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e). Pour les enfants la personne accompagnante ne peut être celle qui conduit la voiture. Prévoyez une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie.

Pendant les 24 heures suivant l'anesthésie, ne conduisez pas de véhicule, n'utilisez pas d'appareil potentiellement dangereux et ne prenez pas de décision importante, car votre vigilance peut être abaissée sans que vous vous en rendiez compte.

Vous pourrez boire et manger légèrement. Ne prenez pas d'alcool.

Ne prenez que les médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie.

En cas de problème vous pouvez joindre l'anesthésiste en téléphonant au numéro du secrétariat d'anesthésie

Vos initiales :

ORGANISATION DU SERVICE D'ANESTHESIE

Pour une meilleure organisation des soins et pour augmenter la sécurité, les anesthésistes réanimateurs travaillent en équipe. Le médecin qui pratique l'anesthésie n'est pas obligatoirement celui que vous avez rencontré en consultation pré anesthésique. Néanmoins, l'anesthésiste réanimateur consultant a pris la précaution de transmettre votre dossier à son confrère qui vous prend en charge. De même, au cours de la période post-opératoire, vous pourrez être amenée à rencontrer d'autres membres de l'équipe d'anesthésie-réanimation.

Si vous présentez le moindre problème au cours de votre hospitalisation ou après votre sortie, nous vous demandons de le signaler dans les plus brefs délais, soit au médecin responsable de votre hospitalisation soit au médecin anesthésiste.

REGLES D'HYGIENE ET DE JEUNE AVANT TOUT ACTE CHIRURGICAL, EXAMEN AU BLOC OPERATOIRE OU EXAMEN ENDOSCOPIQUE.

Votre intervention ou votre examen sera réalisé dans un bloc opératoire ou une salle d'endoscopie. Ce sont des lieux où le nombre de microbes est réduit au minimum. Le corps humain est recouvert de nombreux microbes non dangereux dans la vie quotidienne mais qui peuvent le devenir lors d'un acte chirurgical ou d'un examen. C'est pourquoi, il faut prendre un certain nombre de précautions :

- **Oter tous les bijoux : boucles d'oreilles, alliance, montre, piercing.**
- **Enlever le vernis à ongle (mains et pieds), les faux-ongles et la résine.**
- **Prendre une douche la veille au soir et le jour de l'intervention.** Insister sur les cheveux, le visage, le nez, les aisselles, le nombril, les parties anales et génitales, les pieds. Ne pas oublier de dépiler les zones indiquées par le chirurgien.
- **Suivre les consignes de jeune donner par l'anesthésiste lors de la consultation**

Le jour de l'intervention :

- Prendre à nouveau une douche et mettre la chemise« opéré».
- Se brosser les dents sans avaler l'eau.
- Si vous êtes porteur d'un appareil dentaire, auditif ou autre, le ranger dans le boîtier prévu à cet effet.
- Ne pas se maquiller ni mettre de bijoux.
- Ne pas manger ni boire ne pas fumer

N'oubliez pas, il est très important de respecter les consignes données par l'anesthésiste et l'infirmière, particulièrement sur la prise des médicaments.

Après avoir pris connaissance de ces diverses recommandations, nous vous demandons de signer la page suivante pour manifester votre accord avec la procédure proposée. Pour les mineurs la signature des parents est indispensable.

Vos initiales *

DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE CONCERNANT L'ANESTHESIE.

Je soussigné(e): **NOM :**

PRENOM:

Agissant:

D En mon nom propre

D En tant que tuteur légal de l'enfant:

- o Nom:
- o Prénom:
- o Né(e) le:

D Pour le compte de:

- o Nom:
- o Prénom:
- o Né (e) le:

Reconnais 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 (précédée de la mention « lu et approuvé »
Parapher chaque page

Si vous utilisez la version numérique :

Date de remise du document au patient (e) :

☐ Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement

