

Hôpital Privé Jean MERMOZ – Centre Orthopédique SANTY
ANESTHESIE REANIMATION
QUESTIONNAIRE MEDICAL POUR ADULTE OU ADOLESCENT (2 pages)
A remplir RECTO-VERSO avant la consultation et à amener le jour de la consultation.

Madame, Monsieur,

Selon le décret de décembre 1994, ce questionnaire permettra aux Médecins Anesthésistes de mieux vous connaître avant l'opération dont vous allez bénéficier. Remplissez le avec soin, svp, et amenez le en consultation. Il contribuera au bon déroulement de votre anesthésie et des suites opératoires, dans les meilleures conditions. Attention, il est possible, exceptionnellement, que l'anesthésiste qui va vous voir en consultation ne soit pas celui qui vous endorme. **APPORTEZ SVP VOS ORDONNANCES, VOS RÉSULTATS D'EXAMENS EVENTUELS, LETTRES, COMPTE-RENDUS...**

Nom _____ Nom de jeune fille _____ Prénom _____
 Adresse _____ Tel _____
 Profession _____ Taille _____ Poids actuel (Pesez vous svp !) _____
 Age _____ Date de naissance _____ Groupe sanguin _____
 Nom, Ville et Code postal de votre Médecin Traitant _____
 Nom et coordonnées de la personne de confiance que vous avez choisi : _____

1. Avez vous maigri récemment ? de combien, en combien de temps ?oui (de...kg en) non

2. Vos Vaccinations sont-elles à jour ? Apportez votre carnet SVP (tétanos surtout) !..... oui non

3. Fumez-vous ?oui non

Si oui, combien de sachets de tabac, de cigarettes ou de pipes par jour ? _____

Depuis combien de temps ? _____ Vous avez arrêté depuis quand ? _____

Attention : Il est conseillé de ne plus fumer depuis au moins 1 mois avant toute chirurgie pour diminuer les complications respiratoires ou les problèmes de cicatrisation et infection. Consultez votre médecin traitant ou tabac info service (tel : 3989 / 0,15 €/min)

4. Consommez-vous (ou avez) une ou plusieurs drogues ? Lesquelles ?oui non

Attention : la consommation de drogues est délétère et perturbe l'anesthésie. Signalez le bien !!

5. Buvez-vous plus d'un demi-litre de vin ou de bière par jour ?oui non

Ou plusieurs apéritifs quotidiens ? Combien ? Depuis quand ?

Attention : Limitez votre consommation d'alcool avant l'intervention. Consultez votre médecin si votre consommation est excessive.

6. Etes vous porteur d'un appareil auditif ? (à enlever le jour du bloc) oui non

De lentilles de contact ? (à enlever le jour du bloc) oui non

De piercing ? (à enlever le jour du bloc) oui non

7. Le risque dentaire lors d'une anesthésie existe surtout si vos dents sont fragiles. Si vous répondez plusieurs fois « oui » aux questions suivantes ou si vous avez un doute sur vos dents, consultez votre dentiste, et faites un panoramique dentaire !

Portez-vous un appareil dentaire (haut, bas) (à enlever le jour du bloc) (entourez)..... oui non

Portez-vous bridges, implants, dent fragile, pivots ou dent restaurée (composite, amalgame, facettes) ?...oui non

Si oui entourez svp : A quel niveau ? Depuis quand ? _____

7.3. Avez-vous des problèmes dentaires lors d'une anesthésie ? oui non

8. Avez-vous déjà présenté des allergies ? :

un urticaire ou un eczéma géant ? oui non

un état de choc allergique grave ? oui non

un œdème de Quincke (œdème de la gorge avec difficulté respiratoire) ? oui non

une allergie au LATEX et ses dérivés (gants, ballons, préservatifs...) ? oui non

une allergie à l'IODE injectable (lors d'un scanner ou une UIV etc...), bétadineoui non

une allergie ou intolérance à certains aliments, médicaments, anesthésie antérieure ? .oui non

Si oui, lesquels ? Avez vous fait des tests en allergologie ? Si oui venez avec ! Préparez svp une liste de vos allergies !

9. Avez-vous présenté récemment ou un état infectieux général, dentaire, urinaire, ou autre ? oui non

A-t-il été traité ? Etes vous actuellement guéri(e) ? (entourez) Attention, toute infection peut contre-indiquer l'intervention.

10. Un membre de votre entourage est-il atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jacob ? oui non

Avez-vous été traité par hormone de croissance dans votre enfance ? oui non

Avez-vous subi une intervention en neurochirurgie ou une greffe de dure-mère ? oui non

Si oui quand ? _____

11. Prenez-vous des médicaments actuellement ? Lesquels ? A quelles doses ? oui non

SVP Apportez TOUTES vos ordonnances en consultation d'anesthésie et en hospitalisation ! Signalez dès votre RDV tout anticoagulant (Sintrom, Préviscan, Coumadine...) ou antiagrégant (Aspégic, Kardégic, Plavix, Duoplavin, Eflent, Brilique...ou générique). Attention : L'arrêt éventuel d'un de vos médicaments ne sera fait que sur avis médical.

12. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ?oui non

SI OUI, notez les dates et les interventions ou PREPAREZ une liste SVP _____

Les avez-vous bien supportées ? Si non pourquoi ? oui non

13. Sinon avez-vous déjà bénéficié et pourquoi ?

- d'une anesthésie locale (dents, dermato par ex.) oui non

- d'une anesthésie lombaire (rachianesthésie ou péridurale) oui non

- d'une anesthésie loco-régionale («bloc péri nerveux» de bras, main, jambe, pied) ... oui non

Si oui, pour quelles interventions (faire une liste SVP) _____

L'avez-vous bien supportée ?oui non

Suite du questionnaire au verso

14. Avez-vous déjà présenté une hémorragie ou des hématomes anormaux ?oui non
 (ex. en post-opératoire, accouchement, fausse couche, saignement de nez, extraction dentaires, hémophilie, Willebrandt ?)
15. Avez-vous déjà bénéficié d'une transfusion sanguine ? Quand ? Pourquoi ?oui non

16. Pouvez vous monter des étages sans être essoufflé(e) ? 1, 2, 3 ou plus ? (entourez svp)oui non
 Faites vous de la marche, ou du sport (lequel), sans être essoufflé(e) ?oui non
 Avez-vous une maladie cardiaque connue ?oui non
 Si oui, laquelle (entourez) ? (Malaise, Perte de connaissance, Essoufflement, Tachycardie, Palpitations, Troubles du rythme, Infarctus, Angine de poitrine, Hypertension artérielle, Souffle au coeur, Insuffisance cardiaque, Oedèmes des membres inférieurs, Pace maker ou Défibrillateur (apportez votre carte), Pathologie Artères des jambes ou Carotides, Prothèse Valve cardiaque ?...) Avez-vous un cardiologue ? Quelles sont ses coordonnées ? nom, tel, mail.....

Attention : En cas d'antécédents cardiaques, ou de facteurs de risques (tabac, cholestérol, surpoids, diabète) merci de voir votre cardiologue AVANT la consultation d'anesthésie en lui précisant le type d'intervention prévue. Merci de venir avec le compte rendu de cette consultation

17. Etes-vous porteur de varices ou d'une insuffisance veineuse ? Portez vous des bas de contention ? ..oui non
 Avez-vous déjà fait une phlébite ?oui non
 Avez-vous fait une embolie pulmonaire ?oui non

Si oui, dans quelles circonstances ? Avez vous faits des tests de thrombophilie ?

18. Ronflez vous ? Faites vous des apnées du sommeil ? Etes vous appareillé(e) la nuit ?oui non

Attention : L'apnée du sommeil non appareillée peut être une contre-indication à l'anesthésie générale.

19. Avez-vous eu ou avez vous une maladie respiratoire ?oui non
 Si oui, laquelle ? (toux, essoufflement, asthme, bronchite chronique, emphysème, tuberculose, cancer autre ...) (entourez)

20. Avez-vous ou avez vous déjà eu des problèmes digestifs ? :
- supportez vous les anti-inflammatoires ?oui non
 avez-vous besoin d'un protecteur gastrique ?oui non
 avez-vous été opéré(e) pour un anneau gastrique (il faut le faire dégonfler en préop) ?oui non
 avez-vous été opéré(e) pour sleeve ou bypass ? est ce bien supporté ?oui non
 avez-vous gastrite ? ulcère estomac/duodénum ? hernie hiatale ? reflux ?oui non
 avez-vous une maladie des intestins, du colon ?oui non
 avez-vous une maladie du foie ? (stéatose, cirrhose, jaunisse ou une hépatite virale)oui non
 avez-vous une maladie du pancréas ?oui non
 avez-vous une autre maladie intestinale (maladie de Crohn, Rectocolite ou autre ?)oui non

Si oui, laquelle ?

21. Avez-vous (eu) une maladie du rein ou des voies urinaires ? des problèmes de prostate ?oui non
 (difficultés pour uriner, rétention d'urine, adénome prostatique, cancer prostatique, infection urinaire, coliques néphrétiques, pyélonéphrite, insuffisance rénale aiguë ou chronique ?... (entourez svp).

22. Mesdames, avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
- Êtes-vous enceinte ? Depuis quand ? (La grossesse peut être une contre indication à la chirurgie)oui non
 Avez-vous déjà présenté une maladie obstétricale (pendant vos grossesses)oui non
 Avez-vous déjà fait des fausses couches ? Si oui, combien ?oui non
 Avez-vous des problèmes gynécologiques actuels ?oui non

Si oui, lesquels ?

23. Etes-vous diabétique (avec ou sans insuline) (entourez) ? Avec des complications (lesquelles)oui non
 Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? des glandes surrénales ? (entourez svp)oui non
 Avez-vous trop de cholestérol, de triglycérides, d'acide urique (goutte) ?oui non

24. Etes-vous porteur d'une maladie des yeux ?oui non

Si oui, laquelle ? (entourez svp : glaucome, cataracte, myopie forte, décollement de rétine, greffe de cornée, œil unique.....)

25. Souffrez vous ou avez-vous souffert d'une maladie neurologique ?oui non
 (Traumatisme crânien, AVC, AIT, SEP, méningite, convulsions, migraines, chirurgie, valve de dérivation, parkinson.....)

26. Dans votre famille y a t il des antécédents médicaux graves ?oui non
 Si oui, lesquels ? (cancer, maladie cardiaque, maladie génétique ou héréditaire, accidents d'anesthésie, hémophilie, phlébites ou embolies pulmonaires, myasthénie, hyperthermie maligne, porphyrie...) (entourez svp)

27. Avez-vous d'autres remarques à ajouter sur votre état de santé ?oui non
28. Autorisation de test HIV, en cas de nécessité (blessure du personnel par exemple):
 Je soussigné(e), autorise l'Hôpital Jean MERMOZ à faire pratiquer dans mon bilan péri-opératoire, si besoin, un test HIV à la recherche d'un contact avec le virus responsable du SIDAoui non

29. J'autorise les médecins de l'Hôpital Privé Jean MERMOZ la pratique éventuelle d'une transfusion sanguine ou de dérivés sanguins (plaquettes, plasma, facteurs de coagulation), si cela s'avérerait nécessaireoui non

Fait à LYON le : Signature :

Pour les mineurs (ou incapables majeurs), signatures des 2 parents (ou tuteurs, curateurs), et signature obligatoire d'un autre document pour l'hôpital (Autorisation d'Hospitalisation et de Soins) :

Certains anesthésistes étant conventionnés secteur 2 à honoraires libres, il vous sera éventuellement demandé un complément d'honoraires à votre charge ou à la charge de votre mutuelle. Un devis vous sera remis, à valider, signer et à envoyer à votre complémentaire ou votre mutuelle.