

**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, Prénom, 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 faire un panoramique dentaire ! Une infection dentaire contre-indique le plus souvent la chirurgie. Un certificat de votre dentiste peut vous être demandé.

- 7.1. Portez-vous un appareil dentaire (haut, bas) (à enlever le jour du bloc) (entourez) ..... oui  non   
 7.2. 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...), bétadine ....oui  non   
 une allergie ou intolérance à des aliments, médicaments, une 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, Warfarine...) 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

**ATTENTION : Suite du questionnaire au verso**

14. Avez-vous déjà présenté une hémorragie ou des hématomes anormaux ?.....oui  non   
(spontanés, en post-op, accouchement, fausse couche, saignement de nez, extraction dentaires, Hémophilie, Willebrandt ?)  
15. Avez-vous déjà bénéficié d'une transfusion sanguine ? Quand ? Pourquoi ? Avec complication ? 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 (apportez votre dernier doppler), Prothèse Valve cardiaque, AIT, AVC) **Si oui, venez avec vos derniers examens cardiaques !** 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. Des examens seront peut être nécessaires pour compléter votre bilan cardiaque avant l'intervention.**

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 ( avec résultats)?*

18. Ronflez vous ? Faites vous des apnées du sommeil ? Etes vous appareillé(e) la nuit ? .....oui  non   
*Attention : Amenez votre appareil ! 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 ? (entourez) ..... 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, levez vous la nuit pour uriner ?, rétention d'urine, fuites, adénome prostatique, cancer prostatique, infection urinaire, coliques néphrétiques, pyélonéphrite, insuffisance rénale aiguë ou chronique ? avez vous un urologue ? néphrologue ? ... (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/anesthésie*) 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, oeil unique.....)

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

26. Présentez vous des douleurs chroniques ? Depuis quand ? Comment les traitez vous ? .....oui  non

27. 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)

28. Avez-vous d'autres remarques à ajouter sur votre état de santé ? .....oui  non

29. 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-opérateur, si besoin, un test HIV à la recherche d'un contact avec le virus responsable du SIDA..... oui  non

30. 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 nécessaire .....oui  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.*