

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...), bétadineoui 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, Eflient, 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 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.*