

INTERVENTION OU INVESTIGATION PREVUE :

☐ AMBULATOIRE

☐ HOSPITALISATION

☐ ENTRÉE LE JOUR MÊME

SELAS GROUPE DES MEDECINS ANESTHESISTES DE LA CHATAIGNERAIE ET DE LA PLAINE

➔ **10, rue Condorcet 63000 CLERMONT-FERRAND / email : secretariat@anesthesieclermont.fr**

POUR PRENDRE UN RDV

Scanner le QR CODE :



OU

- Doctolib.fr
- Par téléphone : 04.43.55.19.48 (du lundi au vendredi de 09h00 à 18h00)

Dr Marc BEGARD
Dr Pauline BERTHELIN
Dr Raïko BLONDONNET
Dr Camille BOISSY
Dr Estelle BONY-COLLANGETTES
Dr Thibaud CAMMAS

Dr Sébastien CHRISTOPHE
Dr Sylvia COLOMB
Dr Jean-Sébastien FAURE
Dr Julie FAYON
Dr Guillaume GAYRAUD
Dr Romain GROBOST

Dr Jean-Baptiste JOFFREDO
Dr Philippe JOUVE
Dr Séverine LAFORET
Dr Sihem MEDBOUHI
Dr François MIRAULT
Dr Antoine PETIT

Dr Raphaël SALERNO
Dr Fabrice SIBAUD
Dr François SIMONNET
Dr Jean-Luc VAILLE
Dr Bruno VERDIER
Dr Amal ZOUAD

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE CHIRURGIE

RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE PREVU LE: _____ à : _____



Merci de compléter ce document et le rapporter le jour de votre consultation chez l'anesthésiste avec :

- Ordonnance de traitement en cours (**OBLIGATOIRE ++**)
- Compte-rendu de consultation cardiologique
- Résultats de bilans sanguins récents
- Carte de groupe sanguin

Si vous en avez en votre possession

Nom : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ H
Nom de jeune fille : Date de naissance :/...../..... Taille : Poids :
Profession : Tél : mail :
Adresse :
Médecin traitant : Cardiologue habituel :
Date d'entrée en clinique : Date d'intervention :
Nom du médecin qui doit intervenir :

• **Fumez-vous ?** ☐ OUI ☐ NON

Combien/jour ? Depuis combien de temps ?

• **Buvez-vous de l'alcool tous les jours ?** ☐ OUI ☐ NON

Combien de verres par jour ?

• **Faites-vous des allergies ?** ☐ OUI ☐ NON

Précisez : ☐ Médicaments :

☐ Latex

☐ Autres (aliments, pollens, eczéma, urticaire, rhume des foins, soja...):

• **Avez-vous déjà été anesthésié ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui pour quelle(s) intervention(s) ? :
.....

• **Quel est votre groupe sanguin ?** **Avez-vous déjà été transfusé ?** ☐ OUI ☐ NON

• **Y a-t-il eu des complications lors de ces anesthésies ?** ☐ OUI ☐ NON

☐ Nausées

☐ Agitation

☐ Allergie

☐ Retard de réveil

☐ Anoxie

☐ Intubation difficile

• **Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ?** ☐ OUI ☐ NON

Prenez-vous la pilule ? ☐ OUI ☐ NON

Nombre de grossesses : Nombre d'enfants :

• **Prenez-vous des médicaments ?** ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lesquels ? (nom, posologie, heure de prise...) **Merci de fournir l'ordonnance (OBLIGATOIRE pour la consultation) :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

• **Souffrez-vous d'une maladie cardio-vasculaire ?**

- ☐ Hypertension ☐ Palpitation/arythmie ☐ Problèmes valvulaires
☐ Angine de poitrine/Infarctus ☐ Artérite ☐ Autres :

• **Comment évaluez-vous votre capacité à l'effort ?**

- ☐ Médiocre (toilette, repas d'éambulation à la maison) ☐ Faible (faire ses courses, marche moins de 3km, jardin) ☐ Bonne (marche rapide, sport occasionnel) ☐ Très bonne (sportif entraîné)

• **Avez-vous déjà ressenti des symptômes inquiétants (douleurs thoraciques, palpitations) lors d'un effort ? :**

☐ OUI ☐ NON

• **Souffrez-vous d'une maladie pulmonaire ou bronchique ?**

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Asthme ☐ Bronchite chronique ☐ Insuffisance respiratoire
☐ Apnée du sommeil ☐ Bronchoemphysème. ☐ Autres :

• **Avez-vous présenté des accidents thrombo-emboliques ?**

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Phlébite ☐ Embolie Pulmonaire
☐ Accident Vasculaire Cérébral ☐ AIT. ☐ Autres :

• **Présentez-vous des symptômes évoquant des troubles de la coagulation ?**

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Saignements de nez ☐ Règles abondantes ☐ Hématomes spontanés
☐ Saignements de gencives ☐ Thrombopénie ☐ Hémorragie post opératoire

• **Avez-vous des problèmes neurologiques ?**

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Épilepsie ☐ Troubles de mémoire ☐ Migraines
☐ Parkinson ☐ Dépression, anxiété ☐ Autres :

• **Avez-vous des problèmes endocrinologiques ?**

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Diabète ☐ Troubles thyroïdiens ☐ Autres :

• **Avez-vous des problèmes urinaires ou rénaux ?**

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Prostate ☐ Infections urinaires ☐ Insuffisance rénale

• **Avez-vous des problèmes digestifs ?**

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Reflux gastrique/Gastrite ☐ Ulcère ☐ Cirrhose/Hépatite
☐ Constipation ☐ Crohn/RCH ☐ Colon

• **Avez-vous des problèmes ophtalmologiques ?**

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Glaucome ☐ Myopie forte ☐ DMLA ☐ Autres :

• **Présentez-vous des problèmes de santé non cités ci-dessus ?**

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lesquels ?

.....

- **Si vous avez des dents fragiles, des implants, des pivots, des bridges, merci de noter leur emplacement sur le schéma :
 Dents fragiles = F Pivot = P Bridge = B Implant = I**

Prothèses dentaires amovibles : ☐ OUI ☐ NON

- **En cas de transfusion ou d'accident d'exposition au sang, autorisez-vous vos médecins à effectuer un bilan sérologique pour un dépistage des maladies contagieuses (Hépatites B, C, VIH) ?**

☐ OUI ☐ NON

Date :/...../.....

Signature :

