

Intervention ou investigation prévue :

AMBULATOIRE
 HOSPITALISATION
 ENTRÉE LE JOUR MÊME

SELAS GROUPE DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES DE LA CHATAIGNERAIE ET DE LA PLAINE

10 Rue Condorcet 63000 Clermont-Ferrand / Tél: 04.43.55.19.48 / email: secretariat@anesthesieclermont.fr

<https://monrendezvousdanesthesie.fr>

Plus d'info sur : www.anesthesieclermont.fr

Dr Abdelaziz AMAR
 Dr Sébastien CHRISTOPHE
 Dr Sylvia COLOMB
 Dr Estelle COLLANGETTES
 Dr Christophe DOMINIQUE
 Dr Isabelle FOMBARLET

Dr Guy GINZAC
 Dr Bernard JAVANAUD
 Dr Philippe JOUVE
 Dr François MIRAULT
 Dr Thomas PAMBET
 Dr Antoine PETIT

Dr Perrine RASSON
 Dr Raphael SALERNO
 Dr Fabrice SIBAUD
 Dr Pierre TYRODE
 Dr Jean Luc VAILLE
 Dr Bruno VERDIER

Dr Pierre GREIL
 Dr François SIMONNET
 Dr Séverine LAFORET
 Dr Jean Sébastien FAURE

QUESTIONNAIRE D'ANESTHÉSIE CHIRURGIE

RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE PRÉVU LE : / / À : H

Merci de compléter ce document et de le ramener le jour de votre consultation d'anesthésie accompagné de vos :

- ✓ Ordonnances (OBLIGATOIRE +++)
- ✓ Compte rendu de consultations cardiologiques,
- ✓ Bilans sanguins récents,
- ✓ Carte de Groupe Sanguin

Nom : Prénom : Sexe : F M
 Nom de jeune fille : Date de naissance : / / Taille : Poids :
 Profession : Téléphone :
 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...) :

• Avez-vous déjà été anesthésié ? OUI NON
 Si oui pour quelle intervention ?

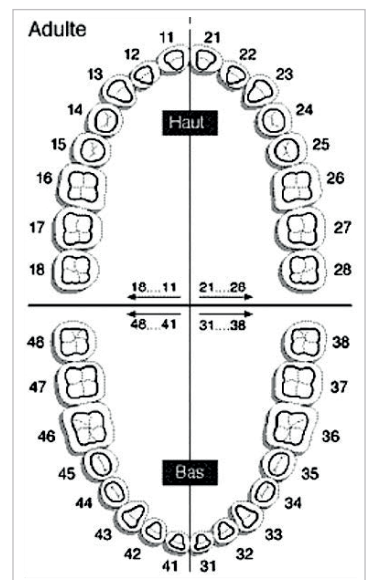
• Y a-t-il eu des complications lors de ces anesthésies ? OUI NON
 Nausées Agitation Allergie
 Retard de réveil Anoxie Intubation difficile

• 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 ?** OUI NON
 - Hypertension Palpitations/Arythmie Problèmes valvulaires
 - Angine de poitrine/Infarctus Artérite Autres
- **Comment évaluez-vous votre capacité à l'effort ?**
 - Médiocre (*toilette, repas, déambulation 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 Bronchoempysème Autres
- **Avez-vous présenté des accidents thrombo-emboliques ?** OUI NON
 - Phlébite Embolie pulmonaire Autres
 - Accident Vasculaire Cérébral AIT
- **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
- **Quel est votre groupe sanguin ?** **Avez-vous déjà été transfusé ?** OUI NON
- **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
 - Hypercholestérolémie Goutte, acide urique
- **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 Autres
- **Avez-vous des problèmes ophtalmologiques ?** OUI NON
 - Glaucome Myopie forte DMLA Autres
- **Présentez-vous des problèmes de santé non cités ci-dessus ?** OUI NON
 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 (Hépatite B, C, VIH) ?** OUI NON



Date : / / Signature :