



Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Tel :
Médecin traitant :
Numéro mutuelle :

La consultation pré-opératoire d'anesthésie

Vous (ou votre enfant) allez bénéficier prochainement d'une intervention chirurgicale ou d'un examen technique sous anesthésie sur un des sites du CHwapi.

Le chirurgien vous a remis ce document **qu'il faut remplir absolument pour le jour de la consultation d'anesthésie**. Si vous êtes dans l'incapacité de le remplir, faites-vous aider par un proche ou par votre médecin de famille.

Ce questionnaire va permettre à l'anesthésiste de prendre connaissance de vos éventuels problèmes de santé et de votre traitement (nom des médicaments, leur dosage et l'horaire des prises à remplir en page 4).

A l'occasion de cet entretien, l'anesthésiste vous expliquera les différentes techniques possibles pour votre intervention.

L'anesthésiste que vous verrez en consultation n'est pas nécessairement celui qui s'occupera de vous le jour de votre intervention.

Néanmoins, **si vous connaissez ou désirez un anesthésiste en particulier**, nous vous invitons à prendre contact directement avec lui afin que celui-ci soit présent le jour de votre intervention dans la mesure du possible.

En fonction de ce questionnaire, l'anesthésiste prescrira les examens et/ou les avis de spécialistes utiles pour votre intervention.

Si vous êtes suivi par un médecin spécialiste, **n'oubliez pas de venir avec une copie de votre dernière consultation**.

Si vous avez effectué un **électrocardiogramme** ou une **prise de sang** dans les 3 derniers mois qui précèdent la consultation d'anesthésie, veuillez **venir avec vos résultats lors de la consultation**.

Les anesthésistes du CHwapi

A REMPLIR PAR LE CHIRURGIEN :

Nom du chirurgien :

Intervention prévue :

Latéralité :

Position souhaitée :

Date de l'intervention :

Durée estimée de l'intervention :

Lieu de l'intervention : site IMC NOTRE-DAME UNION

QUESTIONNAIRE PATIENT
(à remplir par le patient et/ou le médecin traitant)

Quel est votre : **AGE** : _____ ans **POIDS** : _____ kg **TAILLE** : _____ cm

**ENTOURER LA
REPONSE**

Avez-vous déjà subi des **interventions chirurgicales** ? Oui Non
Si oui, lesquelles ? Y a-t-il eu des **complications** ?

-
-
-
-

Etes-vous **allergique** à certains **aliments** ou **médicaments** ? Oui Non
Si oui, lesquels ?

-
-
-
-

Quelle manifestation allergique avez-vous présentée ?

- Eczéma Oui Non
- Urticaire Oui Non
- Rhume des foins Oui Non
- Œdème de Quincke Oui Non
- Autre : _____

Fumez-vous ? Oui Non

Si oui, combien ? _____/jour

Buvez-vous de la bière, du vin, de l'alcool ? Oui Non

Si oui, combien ? _____/jour

Consommez-vous de la drogue, cannabis, cocaïne, héroïne ? Oui Non

Si oui, combien ? _____/jour

Avez-vous des **problèmes de coagulation sanguine** ? Oui Non

Y a-t-il des problèmes de coagulation sanguine dans votre **famille** ? Oui Non

Avez-vous déjà saigné anormalement lors de :

- intervention chirurgicales, accouchement, soins de dentisterie ? Oui Non
- Blessures ? Oui Non
- Règles anormalement longues ou abondantes ? Oui Non

En cas de nécessité, **accepterez-vous de recevoir du sang** ? Oui Non

Avez-vous déjà été **transfusé** ? Oui Non

Si vous êtes de sexe féminin, êtes-vous **enceinte** ? Oui Non

Est-il possible que vous le soyez ? Oui Non

Portez-vous :		
- Des prothèses dentaires ?	Oui	Non
<i>Si oui</i> : <input type="checkbox"/> supérieure <input type="checkbox"/> inférieure		
- Des prothèses auditives ?	Oui	Non
- Des lentilles de contact ?	Oui	Non
- Un piercing ?	Oui	Non
<i>Si oui</i> : à quel endroit ?		
Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu ou avez-vous des problèmes cardiaques ?	Oui	Non
- Infarctus :	Oui	Non
- Angine de poitrine :	Oui	Non
- Syncope :	Oui	Non
- Insuffisance cardiaque :	Oui	Non
- Trouble du rythme :	Oui	Non
- Phlébite ou thrombose veineuse :	Oui	Non
- Embolie pulmonaire :	Oui	Non
- Avez-vous un cardiologue ?	Oui	Non
- Etes-vous essoufflé ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu ou avez-vous des problèmes respiratoires ?	Oui	Non
- Asthme :	Oui	Non
- Bronchite chronique :	Oui	Non
- Emphysème :	Oui	Non
- Troubles du sommeil : apnée, ronflements, somnolence le jour ?	Oui	Non
Avez-vous eu ou avez-vous des problèmes digestifs ?	Oui	Non
- Ulcère gastrique :	Oui	Non
- Hernie hiatale :	Oui	Non
- Hépatite / jaunisse :	Oui	Non
- Cirrhose :	Oui	Non
- Maladie de Crohn ou rectocolite :	Oui	Non
Avez-vous eu ou avez-vous des problèmes neurologiques ?	Oui	Non
- Epilepsie / Convulsions :	Oui	Non
- Dépression / angoisse :	Oui	Non
- Commotion ou traumatisme cérébral :	Oui	Non
- Accident vasculaire cérébral (AVC) ou thrombose cérébrale :	Oui	Non
Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?	Oui	Non
Souffrez-vous de diabète ?	Oui	Non
Devez-vous prendre de l'Insuline ?	Oui	Non
Avez-vous des problèmes de thyroïde ?	Oui	Non
Avez-vous trop de cholestérol ?	Oui	Non
Y a-t-il des problèmes d'anesthésie dans votre famille ?	Oui	Non
Souffrez-vous d'autre(s) problème(s) de santé non repris dans le questionnaire ? <i>Si oui</i> , le(s)quel(s) ?	Oui	Non

Votre traitement médicamenteux à domicile :

Nom du médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir
Ecrire en lettre CAPITALE, svp				
<i>Exple : DAFALGAN</i>	<i>1 gr</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>

Signature du patient :