

**QUESTIONNAIRE A REMPLIR
AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHESIE**

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE

B.P. 1757 - 29107 QUIMPER CEDEX - ☎ 02.98.52.60.60 ☎ 02.98.52.61.79 Fax: 02.98.52.63.25

Docteur Renaud FABRE

Responsable Unité Anesthésie

Docteur Tristan APPAMON
Docteur Isabelle BALAY
Docteur Eric DANIELOU
Docteur Paulette DERRIEN-GILLET
Docteur Vincent DE VISME
Docteur Benjamin DURET
Docteur Gildas GUERET
Docteur Guillaume HALLEY
Docteur Jean-Michel HERIN
Docteur Ronan HINAUT
Docteur Anne JAUFFROY
Docteur Dominique LACHAUX
Docteur Pierre LEFEBVRE
Docteur Delphine LE JOLIFF
Docteur Pascale LE MAGUET
Docteur Johnson LEW YAN FOON
Docteur Sébastien MALECKI
Docteur Muriel PERON
Docteur Francis RIOU
Docteur Claude ROHMER
Docteur Catherine THOMAS

Nom d'usage

Prénom

Nom de naissance

Téléphones

Médecin traitant

Nom du chirurgien

Nature de l'intervention

Date de l'intervention

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître en vue de votre anesthésie. Merci de le remplir avec soin et de le rapporter lors de votre consultation d'anesthésie, ainsi que **les ordonnances de vos traitements en cours** (vous pouvez agraffer une copie de l'ordonnance ou la recopier au dos de ce questionnaire).

Age Poids Taille Profession

Veuillez inscrire les différentes interventions chirurgicales dont vous avez bénéficié, ainsi que les techniques anesthésiques. Y a-t-il eu des complications ? Pour les femmes, avez-vous eu des grossesses, des accouchements sous péridurale ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous été transfusé (e) ? **OUI** **NON**
Si oui, à quelle occasion ?.....

Pensez-vous avoir des problèmes de coagulation (voir tableau page suivante) ? **OUI** **NON**

Avez-vous des problèmes cardiaques ? **OUI** **NON**

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Pouvez-vous monter deux étages ?

Quel est le nom de votre cardiologue traitant :

Avez-vous déjà fait des phlébites ? **OUI** **NON**

Si oui, dans quelles circonstances ? A quelles dates ?

.....
.....

Avez-vous des problèmes respiratoires ? **OUI** **NON**

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Présentez-vous un syndrome d'apnée du sommeil ? **OUI** **NON**

Si oui, êtes-vous appareillé (e) ?

Avez-vous des problèmes digestifs ? **OUI** **NON**

Des brûlures d'estomac avec certains médicaments (anti-inflammatoires) **OUI** **NON**

.....
.....

Avez-vous des allergies : **OUI** **NON**

Si oui, quels en sont les effets ? (asthme, urticaire, rhume des foins, œdème de Quincke, autres...)

Nommez le nom du produit, aliment ou médicament auquel vous êtes susceptible d'être allergique.

.....
.....

Etes-vous fumeur ? **OUI** **NON**

Si oui, combien de cigarettes par jour et depuis quand ?

Avez-vous des douleurs en lien ou non avec l'intervention ? **OUI** **NON**

Si oui, à combien l'évaluez-vous entre 1 et 10 ?

Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé importants ? **OUI** **NON**

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Y a-t-il dans votre famille des problèmes de santé éventuellement héréditaires ? **OUI** **NON**
Si oui, lesquels ?

.....
.....

Portez-vous des prothèses ? (prothèses dentaires amovibles, des dents sur pivot, des prothèses auditives, des lentilles ...)
Si oui, lesquels ? **OUI** **NON**

.....
.....

Pour les femmes

Etes-vous enceinte ? **OUI** **NON**
Prenez-vous la pilule ? **OUI** **NON**

Pour les hommes

Avez-vous un problème de prostate ? **OUI** **NON**

Information Patient sur l'Anesthésie

Je soussigné (e) Certifie qu'il m'a été remis avec le questionnaire d'anesthésie, un document d'information médicale sur l'anesthésie et en avoir pris connaissance en vue de la consultation d'anesthésie, et donne mon accord pour la réalisation de l'anesthésie.

A Le Signature :

Questionnaire de risque hémorragique pour la consultation d'anesthésie

	Non	Oui
1- Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel par exemple un saignement de nez ou une petite coupure ?		
2- Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou traumatisme ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?		
3- Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?		
4- Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale par exemple opération pour les végétations ou les amygdales ou après une circoncision ?		
5- Pour les femmes : Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes ? Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?		
6- Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation (Willebrand, hémophilie) ?		

TRAITEMENTS EN COURS (Ordonnance à photocopier et agraffer ou tableau ci-dessous à compléter)

Médicaments et dosages			
Médicaments	Matin	Midi	Soir