

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Antécédents personnels du patient concerné (adulte ou enfant)

La consultation d'anesthésie pré-opératoire, obligatoire depuis la loi du 5.12.94, a pour but de connaître votre état de santé afin de choisir et vous expliquer le type d'anesthésie le plus adapté à votre cas. Lors de cette consultation, vous sera remise une information écrite qu'il faudra lire et rapporter signée lors de votre admission. Merci de prendre rendez-vous le plus tôt possible en ligne sur le site monrendezvousdanesthesie.fr ou au **04-72-19-34-33**, de remplir ce questionnaire, en vous faisant aider si besoin de votre médecin traitant et d'apporter vos ordonnances et examens récents (sanguins, cardiologiques, ou radiologiques).

Nom _____ Prénom _____ Profession _____ Age _____ Poids Actuel : _____ Si grossesse, Poids de départ : _____	Taille : _____ Tabac (cig /j) : _____ Alcool (verres /j) : _____ Activité Physique, Sport : _____ _____ _____
---	--

SUIVEZ VOUS UN TRAITEMENT ? (en cours ou récent) OUI NON

-

-

-

-

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? OUI NON

<input type="checkbox"/> Rhume des foins	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTS (précisez) :
<input type="checkbox"/> Produits iodés	<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> PENICILLINE
<input type="checkbox"/> Arachide	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> LATEX

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ? OUI NON

<input type="checkbox"/> Hémophilie, Maladie de Willebrand	<input type="checkbox"/> Oedeme Angio-Neurotique
<input type="checkbox"/> Maladie Neuro-Musculaire	<input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie
<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E) ? (si oui, précisez) OUI NON

-

-

-

Avez-vous eu des problèmes lors de précédentes anesthésies (ex: vomissements)?

-

TSVP ⇒

ANTECEDENTS MEDICAUX

CARDIAQUES			URINAIRES, RENEAUX		
Infarctus, angine de poitrine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Insuffisance rénale, dialyse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Palpitations, syncopes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Problèmes de prostate	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pace maker	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	DIGESTIFS		
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Ulcère gastroduodéal	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Phlébite, Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Mal des transports	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Varices	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	NEUROLOGIQUES		
Cholestérol, Triglycérides	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Epilepsie, convulsions	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
RESPIRATOIRES			Coma	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bronchites chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Sclérose en Plaques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Migraines	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Apnées du sommeil appareillées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
INFECTIEUX			Glaucome	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
VIH, SIDA	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	ENDOCRINIENS		
Hépatite B ou C	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
TRANSFUSION SANGUINE			Problèmes de Thyroïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

COAGULATION

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tendance aux ecchymoses/hématomes importants pour un choc mineur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Saignement prolongé après une extraction dentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomies)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pour les femmes : Hémorragie importante après accouchement, règles abondantes, prolongées ayant conduit à une consultation médicale ou un traitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

PORTEZ-VOUS ?

<input type="checkbox"/> Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire, pivots, implants, couronnes	<input type="checkbox"/> Lunettes, Lentilles
--	---	--

FEMMES UNIQUEMENT

Grossesse en cours :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Ancien prématuré	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Terme : _____ semaines			A déjà été hospitalisé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Accouchements précédents :			Marche acquise	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Sous Périurale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Problème développement / scolarité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Problème particulier	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Parents fumeurs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

ENFANTS UNIQUEMENT

AUTRE : Avez-vous autre chose à signaler ou préciser ?

Date : _____

Signature :

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.