

PREPARATION à la CONSULTATION d'ANESTHESIE

En vue d'une intervention à l'Hôpital Privé Dijon Bourgogne

Prenez rendez-vous rapidement avec un anesthésiste.

Par téléphone au 0380508600 ou sur doctolib

Cette consultation est obligatoire avant toute anesthésie et doit être réalisée plusieurs jours avant l'intervention

Si les délais le permettent, nous vous donnerons un rendez vous avec l'anesthésiste qui s'occupera de vous le jour de l'intervention.

Ce questionnaire est couvert par le secret médical et fera partie de votre dossier d'anesthésie

APPORTEZ POUR LA CONSULTATION

Vos **ordonnances**, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme, compte rendu de consultation cardiologique, échographie cardiaque, test d'effort, derniers bilans biologiques (diabète, anticoagulant), Carnet de santé

Ce **questionnaire** correctement rempli.

VOTRE CARTE VITALE.

Un moyen de paiement (chèque ou carte bancaire)

A remplir par le chirurgien - praticien	Chirurgien / Praticien : Dr. Intervention : <input type="checkbox"/>Dt <input type="checkbox"/>G <input type="checkbox"/> Bilat Durée prévue : Codes CCAM : Date : Ambulatoire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Entrée la veille <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Arrêt des anticoagulants : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Chirurgie hémorragique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais Allergie LATEX : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Position opératoire : Protocole RAAC <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non COMMENTAIRES :
A remplir le PATIENT	Nom de famille : Prénom : Nom de naissance : Date de naissance :	Poids : kg Taille : cm Profession : Vit seul(e) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Médecin traitant : Dr.

Citez vos interventions antérieures	Type d'anesthésie	Complications ou commentaires
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Problèmes lors des interventions : Nausées Vomissements oui non Saignements importants oui non

Quels sont vos traitements (nom)	La dose	Quand les prenez-vous ?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A remplir par les femmes	Etes-vous enceinte : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> peut être. Nombre de grossesses : Nombre d'enfants : Nombre de péridurale :	Prenez-vous une contraception ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avez-vous eu des complications pendant les grossesses ou accouchements ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lesquelles :
	Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> occasionnellement Avez-vous déjà fumé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date du sevrage : Si oui, combien de cigarettes par jour : Pendant combien d'années ?	Buvez-vous de l'alcool au quotidien ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, combien de verre par jour : Depuis combien d'année ? Avez-vous stoppé une prise excessive d'alcool ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date du sevrage :
	Consommez-vous ? <input type="checkbox"/> cannabis <input type="checkbox"/> cocaïne <input type="checkbox"/> héroïne, <input type="checkbox"/> AUTRE :	

ALLERGIES

Etes-vous suivi par un allergologue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui quel est son nom : Dr Avez-vous les allergies suivantes ? <input type="checkbox"/> Produit d'anesthésie : <input type="checkbox"/> LATEX (ballons baudruche, préservatifs, gants de ménage)	Avez-vous les allergies suivantes ? <input type="checkbox"/> Produit de contraste pour scanner ou radiologie <input type="checkbox"/> antibiotique (préciser :) <input type="checkbox"/> autre médicament (préciser :) <input type="checkbox"/> aliment (préciser :) <input type="checkbox"/> Autre :
--	--

Avez-vous déjà vu un cardiologue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quel est son nom : Dr	<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Trouble du rythme, arythmie <input type="checkbox"/> Angine de poitrine, angor, infarctus	<input type="checkbox"/> Palpitations, tachycardie <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Valve artificielle
---	--	---

ARTERES et VEINES
Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?

Avez-vous déjà vu un Angiologue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quel est son nom : Dr	<input type="checkbox"/> Phlébite, embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Carotides bouchées	<input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AIT
--	--	--

POUMONS
Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?

Avez-vous déjà vu un Pneumologue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quel est son nom : Dr	<input type="checkbox"/> Asthme, Bronchite chronique <input type="checkbox"/> Oxygène à domicile <input type="checkbox"/> Apnées du sommeil appareillé <input type="checkbox"/> Apnées du sommeil non appareillé	<input type="checkbox"/> autre :
---	---	---

REINS
Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?

Avez-vous déjà vu un Néphrologue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quel est son nom : Dr	<input type="checkbox"/> Infections urinaires <input type="checkbox"/> difficulté pour uriner (prostate) <input type="checkbox"/> insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> autre :
---	---	--

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?

Avez-vous déjà vu un Gastroentérologue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quel est son nom : Dr	<input type="checkbox"/> Reflux acides gastro-œsophagiens, Gastrite, hernie hiatale, ulcère estomac <input type="checkbox"/> Cirrhose, varices œsophagiennes, hépatite... <input type="checkbox"/> Maladie du colon (préciser :.....)	
---	---	--

HEMATOLOGIE
Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?

Avez-vous déjà été transfusé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Etes-vous suivi pour une anémie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Hémophilie, maladie de Willebrand, thrombophilie Avez-vous l'impression de saigner anormalement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (règles abondantes, saignements de nez fréquents, hématomes spontanés...)	
--	--	--

ENDOCRINOLOGIE
Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?

Avez-vous déjà vu un endocrinologue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quel est son nom : Dr	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Neuropathie diabétique <input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/> Problème de thyroïde <input type="checkbox"/> Problème de surrénale <input type="checkbox"/> Cholestérol
--	---	---

PROBLEMES DANS VOTRE FAMILLE
Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?

<input type="checkbox"/> Hyperthermie maligne lors d'une anesthésie <input type="checkbox"/> Décès lors d'une anesthésie	<input type="checkbox"/> Décès d'origine cardiaque avant 50 ans <input type="checkbox"/> Maladie de Creutzfeldt-Jacob (vache folle)
---	--

DIVERS

En cas de voyage à l'étranger pendant l'année écoulée précisez la destination : En cas d'hospitalisation à l'étranger pendant l'année écoulée précisez le pays, la raison de l'hospitalisation :	
Avez-vous le mal des transports ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Portez-vous des lentilles de contact ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous traité pour un glaucome ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Portez-vous des appareils auditifs ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous une maladie génétique (myopathie...) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Portez-vous des piercing ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

A REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS :

Naissance à terme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, quel terme :	Développement normal depuis la naissance : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Marche acquise : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Hématomes spontanés faciles : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Anomalie au niveau de la face ou de la bouche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ETAT BUCCO DENTAIRE

Avez-vous des dents qui bougent ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lesquelles
Avez-vous déjà perdu des dents définitives ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lesquelles
Vous êtes-vous déjà cassé une dent ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, comment
Avez-vous des dents qui se déchaussent ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lesquelles
Portez-vous des appareils dentaires : <input type="checkbox"/> complet en haut <input type="checkbox"/> complet en bas <input type="checkbox"/> incomplet en haut <input type="checkbox"/> incomplet en bas	
Portez-vous ? <input type="checkbox"/> Implants sur les incisives (dents de devant)	<input type="checkbox"/> Implants sur les dents du fond
<input type="checkbox"/> Pivots couronnes, autre sur les incisives	<input type="checkbox"/> Pivots ou couronnes sur les dents du fond
Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui lequel :	
Le risque de bris de dent lors d'une anesthésie est possible, il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui dans ce cadre, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre dentiste afin qu'il évalue le risque et qu'il puisse nous en informer.	

Avez-vous des remarques à formuler à votre anesthésiste ?

Date :

Signature :