

21 rue de l'Estagnas – 64201 BIARRITZ cedex

Service d'anesthésie ☎05.59.22.47.21 / mon rendez-vous d'anesthésie / Téléconsultation



ANESTHESIE – REANIMATION

Dr BENDRISS-VIDAL Philippe

Dr DHE Aurelien

Dr HELFTER Stéphane

Dr HISZ Quentin

Dr KOLANEK Barbara

Dr PAUCHARD Jean-Claude

Dr BLANQUART Christophe

Dr REGNAULT Alexis

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Pour que votre intervention se déroule dans les meilleures conditions de sécurité, il est essentiel que le médecin anesthésiste réanimateur connaisse aux mieux votre passé médical et chirurgical. Ce questionnaire n'est destiné qu'à améliorer la qualité et la sécurité de votre anesthésie.

Merci de bien vouloir le remplir avec le plus grand soin.

Merci de joindre l'ordonnance de votre traitement en cours.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Age :

Poids : Taille :

Date d'intervention : / /

Chirurgien : Dr.....

Intervention prévue :

Prenez-vous habituellement des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non
(Si oui, veuillez nous joindre une ordonnance)

Prenez-vous des anticoagulants ou des antiagrégants (Plavix, Prévikan, Kardégic,...) ? ☐ Oui ☐ Non
(Si oui, veuillez nous joindre une ordonnance)

Avez-vous eu des interventions chirurgicales sous Anesthésie ? ☐ Oui ☐ Non
(Si oui, veuillez les noter par ordre chronologique depuis votre naissance à aujourd'hui, préciser l'année et le type d'anesthésie : générale, locale, locorégionale)

Y-a-t-il eu des problèmes durant ces opérations sous anesthésie ? ☐ Oui ☐ Non
(Si oui, veuillez nous préciser lesquels)

Avez-vous déjà été transfusé ? (Si oui, pourquoi ?) ☐ Oui ☐ Non

Madame, Mademoiselle : Etes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non
Combien avez-vous eu des grossesses antérieures ?
Avez-vous des antécédents d'hémorragie à la délivrance ? ☐ Oui ☐ Non
Prenez-vous la pilule ? ☐ Oui ☐ Non
Portez-vous un stérilet ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà été hospitalisé en dehors de ces interventions chirurgicales ? ☐ Oui ☐ Non
(Si oui, veuillez nous préciser pourquoi) _____

Avez-vous des antécédents d'ALLERGIE(s) et/ou intolérance à des produits ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez nous indiquer le produit et le type de réaction

☐ Aspirine ☐ Pénicilline ☐ Bétadine
☐ Latex ☐ Sparadrap ☐ Autres médicaments :
☐ Cosmétiques : ☐ Aliments :

Type de réaction : ☐ Rhinite ☐ Urticaire
☐ Œdème de Quincke ☐ Autre :

Avez-vous des antécédents CARDIOVASCULAIRES ?

☐ Infarctus du Myocarde ☐ Angine de poitrine ☐ Artérite des Membres inférieurs
☐ Phlébites ☐ Varices ☐ Embolie pulmonaire
☐ Hypertension artérielle ☐ Palpitations

Avez-vous déjà consulté un Cardiologue ? ☐ Oui ☐ Non Quand ?

Faites-vous du sport ? ☐ Oui ☐ Non Etes-vous essoufflé à l'effort ? ☐ Oui ☐ Non

Tension Artérielle habituelle/.....

Avez-vous des antécédents PULMONAIRES ?

☐ Asthme ☐ Bronchite chronique ☐ Pneumonie ☐ Tuberculose ☐ Pleurésie ☐ Pneumothorax
☐ Syndrome apnée du sommeil Fumez-vous ☐ Oui ☐ Non
☐ Autres :

Avez-vous des antécédents DIGESTIFS ?

☐ Gastrite ☐ Ulcère ☐ Hépatite (ou jaunisse) ☐ Maladie du côlon ☐ Reflux gastro-œsophagien
Consommez-vous de l'alcool avec excès ? ☐ Oui ☐ Non
Tolérez-vous les anti-inflammatoires (AINS)? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des antécédents NEUROLOGIQUES ?

☐ Epilepsie ☐ Perte de connaissance ☐ Accident vasculaire cérébral ☐ Maladie de Parkinson
☐ Migraine ☐ Dépression ☐ Hernie discale, lombalgie ☐ Tétanie - Spasmophilie

Avez-vous d'AUTRES Antécédents ?

☐ Diabète ☐ Hyper cholestérol ☐ Problème de Thyroïde ☐ Insuffisance rénale ☐ Rhumatisme ☐ Arthrose
☐ Maladie cancéreuse ☐ Autre :

DIVERS

Hémostase

Saignez-vous facilement du nez ou des gencives ? ☐ Oui ☐ Non
Faites-vous facilement des bleus ? ☐ Oui ☐ Non
Y-a-t-il des antécédents d'hémophilie dans votre famille ? ☐ Oui ☐ Non
Saignez-vous longtemps après une coupure ? ☐ Oui ☐ Non

Ophtalmologie

Avez-vous un glaucome (Hypertension intraoculaire)? ☐ Oui ☐ Non
Portez-vous des lunettes, des lentilles? ☐ Oui ☐ Non

ORL

Avez-vous une prothèse dentaire ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous les dents fragiles ? ☐ Oui ☐ Non

Sérologie

Avez-vous déjà fait un test de dépistage? ☐ Oui ☐ Non
☐ Des hépatites A / B ou C - Résultat.....
☐ Du SIDA (test HIV) - Résultat.....

Vaccination

Votre vaccination contre le tétanos date-t-elle de moins de 10 ans? ☐ Oui ☐ Non

Autres

Avez-vous reçu un traitement par hormones de croissance ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous bénéficié d'une intervention neuro-chirurgicale avant 1995 ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous bénéficié d'une greffe d'organe ? ☐ Oui ☐ Non
Y-a-t-il eu dans votre famille un cas de maladie de Creutzfeldt-Jacob ? ☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous avoir autre chose à signaler ?

DATE :

Signature :