

# QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE

**Madame, Monsieur,**

Vous ou votre enfant allez bénéficier d'une intervention chirurgicale sous ANESTHESIE générale ou locorégionale.

En prévision de votre intervention, vous allez rencontrer l'un des médecins Anesthésiste - Réanimateurs de la clinique de la Sauvegarde. Pour assurer une surveillance périopératoire de qualité en coordination avec l'équipe chirurgicale, ainsi qu'une permanence des soins urgents, les médecins du Département d'Anesthésie Réanimation travaillent en équipe.

*L'anesthésiste que vous allez voir en consultation ne sera pas obligatoirement celui qui réalisera votre anesthésie.*

**Afin de nous aider à mieux vous connaître,  
nous vous demandons de répondre à ce questionnaire.**

Quel est votre poids ? <input type="text"/>	Quelle est votre taille ? <input type="text"/>	OUI	NON
Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ou locale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Date et nature de (des) l'intervention (s):			
- Avez-vous été hospitalisé à l'étranger au cours des 12 derniers mois ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous fait une phlébite ou une embolie pulmonaire?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous eu des nausées ou des vomissements post op?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Etes-vous migraineux (se), êtes vous malade en voiture ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous allergique aux agents suivants:			
Médicaments (préciser), iode		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollens, poils, plumes, poussières		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sparadraps, caoutchouc, latex		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on signalé déjà une tendance anormale au saignement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après une prise de sang, saignez-vous plus de 15 mn ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous faites-vous des bleus facilement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous saigné de manière importante à la suite d'un acte chirurgical ou d'une extraction dentaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été transfusé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous ou avez vous pris de l'aspirine avant l'intervention ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attention, si vous suivez un traitement par aspirine au long cours (ex : Kardégic 75 mg), ou équivalent comme le Plavix, NE PAS ARRETER le traitement sans avis médical.

**Qu'avez vous eu comme maladies ?**

**OUI**

**NON**

- Maladies du coeur ou des artères, lesquelles ?

- Maladies pulmonaires, lesquelles ?

- Maladies neurologiques, lesquelles ?

- Avez vous un diabète connu ?

- Avez vous un ulcère à l'estomac ou une hernie hiatale ?

- Avez vous un glaucome ?

- Avez vous une maladie de la glande thyroïde ?

- Avez vous une insuffisance rénale ?

Fumez vous ? Combien de cigarettes par jour ?

Buvez vous du vin à table ?

**Madame**

Avez vous déjà accouché ?

Avez vous accouché "sous péridurale" ?

Prenez vous la pilule, ou portez vous un stérilet?

Etes vous enceinte ?

**Le risque dentaire** dans le cadre de l'anesthésie existe et est d'autant plus grand que votre denture est fragile, c'est pourquoi nous vous demandons de remplir soigneusement ce questionnaire.

Portez vous 1 ou 2 prothèses amovibles, partielle ou complète ?

Avez-vous des implants, des dents sur pivots ?

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles, préciser ?

Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ?

Êtes-vous en cours de traitement chez votre dentiste ?

Avez-vous des troubles des articulations des machoires ?

Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquements à l'ouverture, la fermeture...

Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie ?

Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre dentiste traitant afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur, de ses conclusions.

**Quels médicaments prenez-vous actuellement ? Apportez votre Ordonnance et les documents médicaux en votre possession.**

**Pensez-vous avoir autre chose à signaler?**