

Prise de RDV : 02 31 82 81 99

Lundi-mardi-mercredi-jeudi de 9h à 12h et de 13h30 à 16h30 – vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 16h

Nom : Prénom : Chirurgien :

Date de naissance :/...../..... Age : Date de l'intervention :/...../.....

QUESTIONNAIRE PRE – ANESTHÉSIQUE PEDIATRIQUE
À REMPLIR IMPERATIVEMENT AVANT LE RDV D'ANESTHÉSIE

Afin que l'intervention se déroule dans des conditions de sécurités optimales, il est nécessaire que votre médecin-anesthésiste connaisse les antécédents médicaux et chirurgicaux.

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire avec l'aide de votre médecin traitant si cela est nécessaire.

IMPORTANT

Pensez à apporter lors de la consultation d'anesthésie :

- Les **ordonnances** des traitements habituels
- Les **résultats des examens préopératoires** demandés par le chirurgien

Les mineurs doivent impérativement être accompagnés d'un parent.

Sexe : Masculin Féminin

Poids : Kg Taille :

Poids de naissance : Kg

Naissance à terme : Oui Non

Si non, à quel terme : SA

Scolarité : Sport à l'école/extrascolaire :

- **Votre enfant a-t-il un traitement médicamenteux :** Oui Non

Si oui, lequel :

- **Votre enfant a-t-il des allergies :** Oui Non

À quel(s) produit(s) :

Quelle(s) manifestation(s) :

- **Les vaccins de votre enfant sont –ils à jour ? :** Oui Non

- **Votre enfant a-t-il déjà été opéré :** Oui Non

Si oui, précisez le type d'intervention et l'âge de votre enfant

Intervention : Age :

- ***Dans votre famille existe-il des maladies telles que :*** Oui Non
 - Myopathie Myasthénie
 - Maladie de Willebrand Porphyrie
 - Hémophilie Autres:

- ***Votre enfant a-t-il des problèmes médicaux :*** Oui Non
 - Asthme/ Syndrome obstructif Otites/angines à répétition
 - Epilepsie/convulsions Malformations
 - Diabète Autres:

- ***Votre enfant présente-t-il des problèmes de coagulation :*** Oui Non
 - Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement ?
 - Tendance aux ecchymoses/hématomes importants (de plus de 2cm sans choc) ou très importants pour un choc mineur
 - Saignement prolongé après une extraction dentaire
 - Saignement important après une chirurgie (notamment saignement après une circoncision ou amygdalectomies)

- ***Y a-t-il des fumeurs dans l'entourage de l'enfant ?:*** Oui Non

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

Votre enfant a-t-il les dents fragiles ? cassées ? : Oui Non

Si oui lesquelles :

Votre enfant a-t-il les dents de lait mobiles : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Votre enfant a-t-il un travail orthodontique en cours ? : Oui Non

Si oui, lequel :

Votre enfant se plaint-il de douleurs de façon fréquente ? Oui Non

Si oui, lesquelles et où sont-elles situées :

Avez-vous ou votre enfant des inquiétudes ou angoisses vis-à-vis de l'anesthésie ? Oui Non

Pris connaissance le/...../..... à

Signature des parents