



Intervention ou investigation prévue :

AMBULATOIRE

HOSPITALISATION

ENTRÉE LE JOUR MÊME

SCM DES ANESTHESISTES DU PARC

15 av Capitaine G.Guyemer 14000 Caen - Prise de RDV sur [Doctolib](#)
ou au 02 14 99 02 63 (Du Lundi au Jeudi de 13h30 à 17h, le Vendredi de 13h30 à 16h30)

Plus d'informations sur [www.anesth-parc-caen.fr](#)

Dr Christine ARNAUD
Dr Alain BESSODES
Dr Vincent BONNET
Dr Clément BULEON
Dr Raphaël D'ORLEON

Dr Hélène DE FACQ REGENT
Dr Alexandre FRUGIER
Dr Elodie LEMASSON FLOURY
Dr Agnès JACOB
Dr Jean-Marie LEMAIRE

Dr Pierre-Emmanuel MARSAN
Dr Stéphanie MAYER
Dr Laure-Anne MARTIN
Dr Marie ORABONA

Dr Emmanuel PERSEHAYE
Dr Christophe PERSYN
Dr François VIDAL
Dr Lise-Amélie ZERAJIC

QUESTIONNAIRE D'ANESTHÉSIE AVANT CHIRURGIE

RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE PRÉVU LE : / / À : H

Merci de compléter ce document et de le ramener le jour de votre consultation d'anesthésie accompagné de vos :

- ✓ Ordonnances (OBLIGATOIRE +++++)
- ✓ Compte rendu de consultations cardiologiques,
- ✓ Bilans sanguins récents

Nom :

Prénom :

Sexe : F M

Nom de jeune fille :

Date de naissance : / /

Taille : Poids :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail:

Médecin traitant :

Cardiologue habituel :

Date d'entrée en Clinique : / /

Date d'intervention : / /

Nom du médecin qui doit intervenir :

Numéro de Sécurité Sociale : Caisse de Rattachement:

• **Faites-vous des allergies ?**

OUI NON

Précisez : Médicaments :
 Latex
 Autres (aliments, pollens, eczéma, urticaire, rhume des foins...) :

• **Avez-vous déjà été opéré(e)? (si oui, précisez les interventions)**

OUI NON

• **Avez-vous déjà eu des anesthésies générales?**

OUI NON

• **Avez-vous déjà eu des anesthésies péridurales/rachi-anesthésies?**

OUI NON

• **Y a-t-il eu des complications lors de ces anesthésies ?**

OUI NON

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Retard de réveil | <input type="checkbox"/> Anoxie | <input type="checkbox"/> Intubation difficile |

• **Prenez-vous des médicaments ?**

OUI NON

Si OUI, Merci de fournir l'ordonnance (OBLIGATOIRE pour la consultation)

• **Souffrez-vous d'une maladie cardio-vasculaire ?**

OUI NON

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Palpitations/Arythmie | <input type="checkbox"/> Problèmes valvulaires |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine/Infarctus | <input type="checkbox"/> Artérite | <input type="checkbox"/> Autres: |

• **Comment évaluez-vous votre capacité à l'effort ?**

Minime (toilette, repas, déambulation à la maison) Faible (faire ses courses, marche moins de 3km, jardin) Bonne (marche rapide sport occasionnel) Très bonne (sportif entraîné)

• **Avez-vous déjà ressenti des symptômes inquiétants (douleurs thoraciques, palpitations) lors d'un effort ?**

OUI NON

• **Souffrez-vous d'une maladie pulmonaire ou bronchique ?**

OUI NON

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme traité | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique/emphysème | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Pneumothorax | <input type="checkbox"/> Autre: |

• **Avez-vous des problèmes neurologiques ?**

OUI NON

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsions | <input type="checkbox"/> Troubles de mémoire | <input type="checkbox"/> Migraines |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Dépression, anxiété | <input type="checkbox"/> Autres |

• **Avez-vous présenté des accidents thrombo-emboliques ?**

OUI NON

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Phlébite | <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Accident Vasculaire Cérébral | <input type="checkbox"/> AIT | |

NOM Prénom:

- Présentez-vous des symptômes évoquant des troubles de la coagulation ? OUI NON

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Saignements de nez | <input type="checkbox"/> Règles abondantes | <input type="checkbox"/> Hématomes spontanés |
| <input type="checkbox"/> Saignements de gencives | <input type="checkbox"/> Thrombopénie | <input type="checkbox"/> Hémorragie post opératoire |
- Quel est votre groupe sanguin ? OUI NON
- Avez-vous des problèmes digestifs ? OUI NON

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Reflux gastrique/Gastrite | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Cirrhose / Hépatite |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Crohn/RCH | <input type="checkbox"/> Polypes/diverticules |
- Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ? OUI NON
 Avez - vous une contraception ? OUI NON
 Nombre de grossesses :
- Pour les femmes : Si OUI, Terme: OUI NON
 Nombre d'enfants :
- Avez-vous des problèmes urinaires ou rénaux ? OUI NON

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prostate | <input type="checkbox"/> Infections urinaires | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
|-----------------------------------|---|--|
- Avez-vous des problèmes endocrinologiques ? OUI NON

| | | |
|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Troubles thyroïdiens | <input type="checkbox"/> Autres |
|----------------------------------|---|---------------------------------|
- Avez-vous des problèmes ophthalmologiques ? OUI NON

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Myopie forte | <input type="checkbox"/> DMLA | <input type="checkbox"/> Autres |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
- Portez vous des prothèses: OUI NON

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oculaires | <input type="checkbox"/> Piercing | <input type="checkbox"/> Auditives |
| <input type="checkbox"/> Pompe | <input type="checkbox"/> Lentilles | <input type="checkbox"/> Pacemaker |
- Dans votre famille, existe-t'il des maladies telles que: OUI NON

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Myopathie | <input type="checkbox"/> Myasthénie | <input type="checkbox"/> Autre:..... |
| <input type="checkbox"/> Willebrand / Hémophilie | <input type="checkbox"/> Porphyrie | Combien de verres par jour ? |
- Fumez-vous (tabac ou vape)? OUI NON Buvez-vous de l'alcool tous les jours ? OUI NON
 Combien/jour ? Depuis combien de temps ? Combien de verres par jour ?
- Consommez vous d'autres substances? OUI NON Lesquelles ?
- Présentez-vous des problèmes de santé non cités ci-dessus ? OUI NON
 Lesquels ?

• Prévention des douleurs chroniques:

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prise d'antidépresseurs/anxiolytiques | <input type="checkbox"/> Douleurs > 3 mois | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Prise d'antalgiques | <input type="checkbox"/> Algodynatrie | |

- Si vous avez des dents fragiles, des implants, des pivots, des bridges, merci de noter leur emplacement sur le schéma : Dents fragiles = F Pivot = P Bridge = B Implant = I
- Prothèses dentaires amovibles OUI NON

• Anxiété pré-opératoire

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Je suis préoccupé(e) par l'anesthésie | | | | | |
| Je pense continuellement à l'anesthésie | | | | | |
| J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie | | | | | |
| Je suis préoccupé(e) par l'intervention | | | | | |
| Je pense continuellement à l'intervention | | | | | |
| J'aimerais en savoir le plus possible sur l'intervention | | | | | |

• Quels sujets spécifiques souhaitez vous aborder pendant la consultation d'anesthésie?

Date : / / Signature :

