

AMBULATOIRE HOSPITALISATION ENTRÉE LE JOUR MÊME

SELAS GROUPE DES MEDECINS ANESTHESISTES DE LA CHATAIGNERAIE ET DE LA PLAINE
10, rue Condorcet 63000 Clermont-Ferrand / email : secretariat@anesthesieclermont.fr

POUR PRENDRE UN RDV



Internet : <https://monrendezvousdanesthesie.fr>

☎ : 04.43.55.19.48 (de 10h30 à 16h00 du lundi au vendredi)

Dr Pauline BERTHELIN
Dr Raïko BLONDONNET
Dr Estelle BONY-COLLANGETTES
Dr Sébastien CHRISTOPHE
Dr Sylvia COLOMB
Dr Christophe DOMINIQUE

Dr Jean Sébastien FAURE
Dr Isabelle FOMBARLET
Dr Bernard JAVANAUD
Dr Philippe JOUVE
Dr Séverine LAFORET
Dr Sihem MEDBOUHI

Dr François MIRAULT
Dr Thomas PAMBET
Dr Antoine PETIT
Dr Raphaël SALERNO
Dr Fabrice SIBAUD
Dr François SIMONNET

Dr Pierre Alexandre TYRODE
Dr Jean Luc VAILLE
Dr Bruno VERDIER
Dr Amal ZOUAD

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE CHIRURGIE

RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE PREVU LE: _____ à : _____

MERCI DE COMPLETER CE DOCUMENT (recto-verso) ET LE RAMENER LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION D'ANESTHESIE AVEC VOS :

- ORDONNANCES DE TRAITEMENT EN COURS (OBLIGATOIRE ++)
- COMPTE-RENDU DE CONSULTATION CARDIOLOGIQUE
- RESULTATS BILANS SANGUINS RÉCENTS
- CARTE DE GROUPE SANGUIN

Nom : Prénom : Sexe : F H
 Nom de jeune fille : Date de naissance :/...../..... Taille : Poids :
 Profession : Téléphone :
 Adresse :
 Médecin traitant : Cardiologue habituel :
 Date d'entrée en clinique : Date d'intervention :
 Nom du médecin qui doit intervenir :

- **Fumez-vous ?** OUI NON
Combien/jour ? Depuis combien de temps ?
- **Buvez-vous de l'alcool tous les jours ?** OUI NON
Combien de verres par jour ?
- **Faites-vous des allergies ?** OUI NON
Précisez : Médicaments :
 Latex
 Autres (aliments, pollens, eczéma, urticaire, rhume des foins , soja...)
- **Avez-vous déjà été anesthésié ?** OUI NON
Si oui pour quelle(s) intervention(s) ? :
- **Quel est votre groupe sanguin ?** **Avez-vous déjà été transfusé ?** OUI NON
- **Y a-t-il eu des complications lors de ces anesthésies ?** OUI NON
 Nausées Agitation Allergie
 Retard de réveil Anoxie Intubation difficile
- **Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ?** OUI NON
Prenez-vous la pilule ? OUI NON
Nombre de grossesses : Nombre d'enfants :
- **Prenez-vous des médicaments ?** OUI NON
Si OUI, lesquels ? (nom, posologie, heure de prise...) **Merci de fournir l'ordonnance (OBLIGATOIRE pour la consultation) :**
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Souffrez-vous d'une maladie cardio-vasculaire ?** OUI NON
 - Hypertension
 - Angine de poitrine/Infarctus
 - Palpitation/arythmie
 - Artérite
 - Problèmes valvulaires
 - Autres :
- Comment évaluez-vous votre capacité à l'effort ?**
 - Médiocre (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
 - Asthme
 - Apnée du sommeil
 - Bronchite chronique
 - Bronchoemphysème
 - Insuffisance respiratoire
 - Autres :
- Avez-vous présenté des accidents thrombo-emboliques ?** OUI NON
 - Phlébite
 - Accident Vasculaire Cérébral
 - Embolie Pulmonaire
 - AIT
 - Autres :
- Présentez-vous des symptômes évoquant des troubles de la coagulation ?** OUI NON
 - Saignements de nez
 - Saignements de gencives
 - Règles abondantes
 - Thrombopénie
 - Hématomes spontanés
 - Hémorragie post opératoire
- Avez-vous des problèmes neurologiques ?** OUI NON
 - Epilepsie
 - Parkinson
 - Troubles de mémoire
 - Dépression, anxiété
 - Migraines
 - Autres :
- Avez-vous des problèmes endocrinologiques ?** OUI NON
 - Diabète
 - Troubles thyroïdiens
 - Autres :
- Avez-vous des problèmes urinaires ou rénaux ?** OUI NON
 - Prostate
 - Infections urinaires
 - Insuffisance rénale
- Avez-vous des problèmes digestifs ?** OUI NON
 - Reflux gastrique/Gastrite
 - Constipation
 - Ulcère
 - Crohn/RCH
 - Cirrhose/Hépatite
 - Colon
- Avez-vous des problèmes ophtalmologiques ?** OUI NON
 - Glaucome
 - Myopie forte
 - DMLA
 - Autres :
- Présentez-vous des problèmes de santé non cités ci-dessus ?** OUI NON
 Si OUI, lesquels ?

- 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

- En cas de transfusion ou d'accident d'exposition au sang, autorisez-vous vos médecins à effectuer un bilan sérologique pour un dépistage des maladies contagieuses (Hépatites B, C, VIH) ?** OUI NON

Date :/...../.....

Signature :

