PREPARATION à la CONSULTATION d'ANESTHESIE
En vue d'une intervention à l'Hôpital Privé Dijon Bourgogne

Prenez rendez-vous rapidement avec un anesthésiste
Par téléphone au 03.80.50.86.00
OU sur DOCTOLIB, anesthésie valmy RGDS,
puis cliquez sur MOTIF de CONSULTATION
(Pour la chirurgie de la main -coloscopie gastroscopie –cataracte)

Cette consultation est obligatoire avant toute anesthésie et doit être réalisée plusieurs jours avant l'intervention

Si les délais le permettent, nous vous donnerons un rendez vous avec l'anesthésiste qui s'occupera de vous le jour de l'intervention.

Ce questionnaire est couvert par le secret médical et fera partie de votre dossier d'anesthésie

APPORTEZ POUR LA CONSULTATION

*Vos **ordonnances**, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme, compte rendu de consultation cardiologique, échographie cardiaque, test d'effort, derniers bilans biologiques (diabète, anticoagulant).*
Carnet de santé
*Ce **questionnaire** correctement rempli.*

VOTRE CARTE VITALE.
Un moyen de paiement (chèque ou carte bancaire)

A remplir par le chirurgien - praticien

Chirurgien / Praticien : Dr.
Intervention : ☐Dt ☐G ☐ Bilat
Durée prévue :
Codes CCAM :
Date :
Ambulatoire ☐ oui ☐ non
Entrée la veille ☐ oui ☐ non

Arrêt des anticoagulants : ☐ oui ☐ non
Chirurgie hémorragique : ☐ oui ☐ parfois ☐ jamais
Allergie LATEX : ☐ oui ☐ non
Position opératoire : ……
Protocole RAAC ☐ oui ☐ non
COMMENTAIRES :

A remplir le PATIENT

Nom de famille:
Prénom :
Nom de naissance:
Date de naissance :

Poids : …… kg Taille : …… cm
Profession : ……
Vit seul(e) : ☐ oui ☐ non
Médecin traitant : Dr. ……

Citez vos interventions antérieures	Type d'anesthésie	Complications ou commentaires
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……

Problèmes lors des interventions : Nausées Vomissements ☐ oui ☐ non Saignements importants ☐ oui ☐ non

Quels sont vos traitements (nom)	La dose	Quand les prenez-vous ?
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……

MERCI D'APPORTER VOTRE ORDONNANCE POUR LA CONSULTATION et LE JOUR DE L'INTERVENTION

A remplir par les femmes

Etes-vous enceinte : ☐ oui ☐ non ☐ peut être.
Nombre de grossesses :
Nombre d'enfants :
Nombre de péridurale :

Prenez-vous une contraception ? ☐ oui ☐ non
Avez-vous eu des complications pendant les grossesses ou accouchements ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquelles : ……

Fumez-vous ? ☐ oui ☐ non ☐ occasionnellement
Avez-vous déjà fumé ? ☐ oui ☐ non Date du sevrage :
Si oui, combien de cigarettes par jour :
Pendant combien d'années ?

Buvez-vous de l'alcool au quotidien ? ☐ oui ☐ non
Si oui, combien de verre par jour :
Depuis combien d'année ?
Avez-vous stoppé une prise excessive d'alcool ? ☐ oui ☐ non
Date du sevrage :

Consommez-vous ? ☐ cannabis ☐ cocaïne ☐ héroïne, ☐ AUTRE :……

ALLERGIES

Etes-vous suivi par un allergologue ? ☐ oui ☐ non
Si oui, quel est son nom : Dr ……

Avez-vous les allergies suivantes ?

☐ Produit d'anesthésie : ……
……
☐ LATEX (ballons baudruche, préservatifs, gants de ménage)

Avez-vous les allergies suivantes ?

☐ Produit de contraste pour scanner ou radiologie
☐ Antibiotique (préciser :……)
☐ Autre médicament (préciser :……)
☐ Aliment (préciser : ……)
☐ Autre :……
……

COEUR — **Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?**

Avez-vous déjà vu un cardiologue ? ☐ oui ☐ non	☐ Hypertension	☐ Palpitations, tachycardie
Si oui, quel est son nom : Dr ……	☐ Trouble du rythme, arythmie	☐ Pacemaker
Pour quelle raison : ……	☐ Angine de poitrine, angor, infarctus	☐ Valve artificielle

ARTERES et VEINES — **Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?**

Avez-vous déjà vu un Angiologue ? ☐ oui ☐ non	☐ Phlébite, embolie pulmonaire	☐ AVC
Si oui, quel est son nom : Dr ……	☐ Artérite des membres inférieurs	☐ AIT
Pour quelle raison : ……	☐ Carotides bouchées	

POUMONS — **Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?**

Avez-vous déjà vu un Pneumologue ? ☐ oui ☐ non	☐ Asthme, Bronchite chronique	☐ autre :
Si oui, quel est son nom : Dr ……	☐ Oxygène à domicile	……
Pour quelle raison : ……	☐ Apnées du sommeil, appareillé	……
	☐ Apnées du sommeil, non appareillé	……

REINS — **Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?**

Avez-vous déjà vu un Néphrologue ? ☐ oui ☐ non	☐ Infections urinaires	☐ autre :
Si oui, quel est son nom : Dr ……	☐ Difficulté pour uriner (prostate)	……
Pour quelle raison : ……	☐ Insuffisance rénale	……

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE — **Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?**

Avez-vous déjà vu un Gastroentérologue ? ☐ oui ☐ non	☐ Reflux acides gastro-œsophagiens, gastrite, hernie hiatale, ulcère estomac
Si oui, quel est son nom : Dr ……	☐ Cirrhose, varices œsophagiennes, hépatite…
Pour quelle raison : ……	☐ Maladie du colon (préciser :…….. ……)

HEMATOLOGIE — **Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?**

Avez-vous déjà été transfusé ? ☐ oui ☐ non	☐ Hémophilie, maladie de Willebrand, thrombophilie
Etes-vous suivi pour une anémie :	Avez-vous l'impression de saigner anormalement ? ☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non	(règles abondantes, saignements de nez fréquents, hématomes spontanés…)

ENDOCRINOLOGIE — **Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?**

Avez-vous déjà vu un endocrinologue ? ☐ oui ☐ non	☐ Diabète	☐ Problème de thyroïde
Si oui, quel est son nom : Dr ……	☐ Neuropathie diabétique	☐ Problème de surrénale
Pour quelle raison : ……	☐ Rétinopathie diabétique	☐ Cholestérol

PROBLEMES DANS VOTRE FAMILLE — **Etes-vous suivi pour ou présentez-vous les maladies suivantes ?**

☐ Hyperthermie maligne lors d'une anesthésie	☐ Décès d'origine cardiaque avant 50 ans
☐ Décès lors d'une anesthésie	☐ Maladie de Creutzfeldt-Jacob (vache folle)

DIVERS

En cas de voyage à l'étranger pendant l'année écoulée, préciser la destination :
En cas d'hospitalisation à l'étranger pendant l'année écoulée, préciser le pays, la raison de l'hospitalisation :
……

Avez-vous le mal des transports ? ☐ oui ☐ non	Portez-vous des lentilles de contact ? ☐ oui ☐ non
Êtes-vous traité pour un glaucome ? ☐ oui ☐ non	Portez-vous des appareils auditifs ? ☐ oui ☐ non
Avez-vous une maladie génétique (myopathie…) ? ☐ oui ☐ non	Portez-vous des piercings ? ☐ oui ☐ non

A REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS :

Naissance à terme : ☐ oui ☐non	Développement normal depuis la naissance : ☐ oui ☐non
Si non, quel terme :…….	Hématomes spontanés faciles : ☐ oui ☐non
Marche acquise : ☐ oui ☐non	Anomalie au niveau de la face ou de la bouche : ☐ oui ☐non

ETAT BUCCO DENTAIRE

Avez-vous des dents qui bougent ?	☐ oui	☐ non	Si oui, lesquelles
Avez-vous déjà perdu des dents définitives ?	☐ oui	☐ non	Si oui, lesquelles
Vous êtes-vous déjà cassé une dent ?	☐ oui	☐ non	Si oui, comment
Avez-vous des dents qui se déchaussent ?	☐ oui	☐ non	Si oui, lesquelles

Portez-vous des appareils dentaires : ☐ complet en haut ☐ complet en bas ☐ incomplet en haut ☐ incomplet en bas

Portez-vous ? ☐ Implants sur les incisives (dents de devant) ☐ Implants sur les dents du fond
☐ Pivots couronnes, autre sur les incisives ☐ Pivots ou couronnes sur les dents du fond
Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie ? ☐ oui ☐ non Si oui, lequel :

Le risque de bris de dent lors d'une anesthésie est possible, il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui dans ce cadre, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre dentiste afin qu'il évalue le risque et qu'il puisse nous en informer.

Avez-vous des remarques à formuler à votre anesthésiste ? **Date :**

Signature :