



Groupe Hospitalier
Saint Vincent

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

À remplir impérativement et à donner
lors de votre consultation pré-anesthésique

Ce questionnaire est destiné à améliorer la **qualité** et la **sécurité** de votre anesthésie.

Le médecin anesthésiste réanimateur vous examinera lors d'une consultation pré-anesthésique avec :

1 - les documents des examens complémentaires déjà réalisés

2 - l'étude de votre passé médical (p 2-3)

3 - la liste des médicaments que vous prenez actuellement (p 4)

Si vous ne vous sentez pas capable de remplir le questionnaire, faites-vous svp aider par **un proche** ou votre **médecin traitant**.

Si vous ne parlez pas français ou anglais, il est impératif de venir accompagné(e) d'**un traducteur**.

Les mineurs doivent impérativement être accompagnés par un adulte ayant **l'autorité parentale**.

1 - DOCUMENTS À APPORTER

LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION

Si vous êtes en possession des documents suivants, merci de les apporter lors de la consultation

- L'ordonnance de l'ensemble de vos médicaments actuels
- La liste complète de vos antécédents médicaux et chirurgicaux
- Votre carte de groupe sanguin
- Votre dernier bilan sanguin comportant hémoglobine et créatinine
- Votre dernier compte rendu cardiologique

Si ces documents sont chez votre médecin traitant et/ou spécialiste, demandez-leur une copie svp.

Si vous n'avez jamais effectué ces examens, le médecin anesthésiste vous les prescrira si nécessaire lors de la consultation.

Nom :

Prénom :

Profession :

Date de naissance : Téléphone :

Poids (kg) : Taille (mètre) :

Vivez-vous seul(e) ? OUI NON

Médecin traitant : Ville :

Type d'Intervention prévue :

Date prévue de l'opération :

➤ MALADIES HÉMATOLOGIQUES (du sang)

- Leucémie Lymphome Willebrand Hémophilie
 Autres > préciser :

Avez-vous déjà été transfusé(e) ? OUI NON

Avez-vous consulté pour un saignement prolongé ou inhabituel, par exemple un saignement du nez ou une petite coupure ? OUI NON

Avez-vous tendance à faire des bleus importants (plus de 2 cm) spontanément (sans vous cogner) ou pour un choc ou traumatisme mineur (en se cognant) ? OUI NON

Avez-vous dû reconsulter votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ? OUI NON

Avez-vous saigné de manière importante après une intervention chirurgicale (par exemple végétations, amygdales ou circoncision) ? OUI NON

Des membres de votre famille proche (fratrie, parents, enfants) sont-ils suivis pour une maladie de la coagulation responsable de saignements importants (ex : maladie de Willebrand ou hémophilie) ? OUI NON

Uniquement pour les femmes : avez-vous consulté ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes ? OUI NON

Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ? OUI NON

➤ MALADIES RARES HÉRÉDITAIRES

Vous ou un membre de votre famille souffre-t-il d'une maladie rare ? OUI NON

- Hyperthermie maligne Porphyrie
 Autre, préciser :

➤ OBSTÉTRIQUE (uniquement pour les femmes enceintes)

Tension élevée pendant la grossesse ? OUI NON

Diabète pendant la grossesse ? OUI NON

Contractions avant le terme ? OUI NON

Nombre de grossesses (en comptant les éventuelles fausses couches et IVG) :

Nombre d'enfants :

➤ ALLERGIE OU INTOLÉRANCE

- Latex Pénicilline
 Autre médicament, préciser :

Réaction après une injection pour un scanner ou une IRM OUI NON

Précisez le type de réaction : Réaction cutanée
 Réaction respiratoire Œdème de Quincke

- Chute de tension Arrêt cardiaque
 Autre > préciser :

Si vous avez une carte d'allergie fournie lors d'une anesthésie précédente, merci de la rapporter lors de la consultation.

➤ TOXIQUES

Tabac > préciser combien par jour :
 depuis combien d'années :

Cannabis

Alcool > préciser combien de verres par jour :

Autre toxique > préciser :

➤ CANCER

Avez-vous ou avez-vous eu un/des cancers ? OUI NON

Si oui précisez la localisation et le type de traitements reçus (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) :

Localisation du cancer	Type de traitements reçus	Année

➤ ÉTAT DENTAIRE

Avez-vous des dents qui bougent ou fragiles ?
 OUI NON

Entourez sur le schéma ➤ les dents concernées.

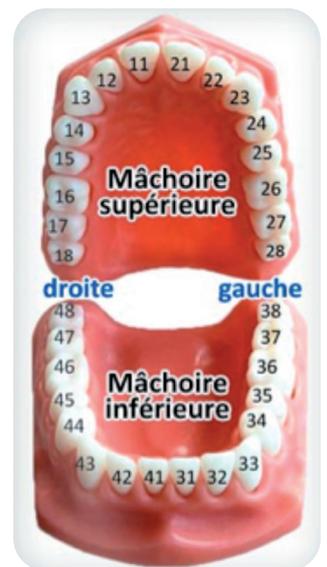
Avez-vous des prothèses amovibles ?

OUI NON

Si oui, préciser s'il s'agit de prothèses :

- arcade dentaire supérieure
 arcade dentaire inférieure
 les 2

Si vous avez un doute sur l'état de vos dents, il est préférable d'effectuer une visite chez votre dentiste avant l'anesthésie.



S'il vous a été remis une carte d'intubation difficile lors d'une anesthésie précédente, rappez-la svp.

➤ AUTRES

- Hypothyroïdie Hyperthyroïdie

Pensez-vous avoir d'autres maladies ou d'autres éléments à signaler à l'anesthésiste ? OUI NON

Si oui > préciser :

Uniquement pour les femmes :

êtes-vous susceptible d'être enceinte ? OUI NON

