



Hospices Civils de Beaune

Centre Hospitalier de Beaune

Avenue Guigone de Salins - B.P. 40104 - 21203 BEAUNE CEDEX - Tél: 03 80 24 44 44

QUESTIONNAIRE d'ANESTHÉSIE (page 1)

A remplir (2 pages) et à remettre à l'anesthésiste lors de votre consultation
Vérifier les informations pré-remplies ci-dessous et signaler toute erreur ou changement de situation

vous POIDS (Kg) : TAILLE (cm) :

Praticien : Dr

Médecin traitant : Dr à

1) Votre profession :

2) Portez-vous une prothèse auditive ? ☐ oui ☐ non

3) Portez-vous des lentilles de contact ? ☐ oui ☐ non

4) Portez-vous une prothèse dentaire ? ☐ oui ☐ non

Souffrez-vous d'affections dentaires ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous des dents sur pivot ? ☐ oui ☐ non

5) Avez-vous suivi récemment un traitement médical terminé ? ☐ oui ☐ non

Si oui, pour quelles raisons ?

6) Prenez-vous régulièrement des médicaments ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels et à quelle dose?

7) Avez-vous déjà été opéré(e) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez l'opération et l'année.

8) Y a-t-il eu un problème lors de l'anesthésie ? ☐ oui ☐ non

Si oui,

lequel?

Y a-t-il eu des incidents au cours d'une anesthésie chez des personnes de votre famille? (ascendants ou descendants)

☐ oui ☐ non

9) Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang ? ☐ oui ☐ non

Si oui, a-t-elle entraîné des complications ?

10) Pour les femmes en âge de procréer : Est-il possible que vous soyez enceinte ?

☐ oui ☐ non

continuez, page suivante →



Hospices Civils de Beaune

Centre Hospitalier de Beaune

Avenue Guigone de Salins - B.P. 40104 - 21203 BEAUNE CEDEX - Tél: 03 80 24 44 44

QUESTIONNAIRE d'ANESTHÉSIE (page 2)

11) Êtes-vous, ou avez-vous été soigné pour une des affections suivantes :

* Maladies cardiaques ☐ oui ☐ non
(infarctus du myocarde, angine de poitrine, troubles du rythme, adème du poumon, ...)

* Maladies cardiovasculaires ☐ oui ☐ non
(hypertension artérielle, varices, phlébites, artérite, embolie pulmonaire, ...)

* Affections pulmonaires ou des voies respiratoires ☐ oui ☐ non
(asthme, bronchite chronique, insuffisance respiratoire, emphysema, ...)

* Affections du foie ☐ oui ☐ non
(jaunisse, cirrhose, ...)

* Affections des reins ou des voies urinaires ☐ oui ☐ non
(calculs, insuffisance rénale, néphrite, ...)

* Affections du tube digestif ☐ oui ☐ non
(gastrite, ulcère gastrique, hernie hiatale, maladie du colon etc...)

* Affections de la glande thyroïde ☐ oui ☐ non
(goitre, hyper ou hypothyroïdie, ...)

* Affections oculaires ☐ oui ☐ non
(glaucome, ...)

* Affections du système nerveux ☐ oui ☐ non
(épilepsie, paralysies, accident vasculaire cérébral, ...)

* Suivez-vous un traitement pour des troubles psychologiques ☐ oui ☐ non
(dépression nerveuse, angoisse, ...)

* Affections de l'appareil locomoteur ☐ oui ☐ non
(colonne vertébrale, articulations, ...)

* Maladies du sang ou tendance anormale au saignement ☐ oui ☐ non

* Maladie touchant les muscles ☐ oui ☐ non
Vous Dans votre famille ☐ oui ☐ non

(faiblesse musculaire, myopathie, hyperthermie maligne, ...)

* Allergies, réactions d'hypersensibilité ? ☐ oui ☐ non
(rhume des foins, allergies à des médicaments, allergie au latex, ...)

Si oui, précisez :

* Maladies métaboliques (diabète, ...) ☐ oui ☐ non

* Autre affection non citée (cancer, ...) ☐ oui ☐ non

Si oui, veuillez préciser :

12) Votre vaccination antitétanique est-elle à jour ? ☐ oui ☐ non

13) * Fumez-vous régulièrement ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quoi et combien par jour :

* Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quoi et combien par jour :

__Péridurale pour l'Accouchement

- [] J'ai bien pris connaissance des informations écrites qui m'ont été remises concernant anesthésie et grossesse.
- [] A l'issue de la consultation pré anesthésique, dans le cadre du suivi de ma grossesse, je déclare que j'ai reçu du médecin anesthésiste toutes les informations nécessaires à ma bonne compréhension de la prise en charge de la douleur et de l'analésie pendant l'accouchement.
- [] J'ai bien compris que l'analésie péridurale est un acte médical qui comporte des risques d'effets indésirables ou de complications et que sa réalisation relève de la décision et de la disponibilité du médecin anesthésiste réanimateur.

Date : Signature de la parturiente .

- [] Je donne mon consentement à la réalisation d'une analésie péridurale pour mon accouchement Date : Signature de la parturiente :

- [] Je donne mon consentement à la réalisation d'une rachianesthésie en cas de césarienne ou de geste nécessitant une anesthésie

Date : Signature de la parturiente :

- [] Je comprends et j'accepte qu'en cas de survenue en cours de travail de complications avec risque de césarienne ou de manœuvre invasive, une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie soit réalisée pour raison de sécurité médicale (indication posée et écrite dans le dossier par le médecin obstétricien au cours du travail).

Date : Signature de la parturiente :

Date :

Signature du médecin anesthésiste lors de la consultation d'anesthésie :