



QUESTIONNAIRE D'ANESTHÉSIOLOGIE

à remplir par le patient ou son représentant légal

Si nécessaire, faites-vous aider par votre médecin généraliste.

Il va de soi que ce questionnaire est tout à fait confidentiel et qu'il ne sera consulté que par les professionnels de soins qui s'occuperont de vous.

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Age :

Poids : Taille :

Avez-vous perdu du poids récemment ? OUI NON Si oui, combien : kg

Etes-vous atteint d'une anomalie génétique, d'un handicap, d'une pathologie chronique ou d'une maladie grave ? Si oui, lequel/laquelle ?

.....
.....
.....
.....

Indiquez les maladies importantes que vous avez déjà présentées :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indiquez les opérations que vous avez déjà subies :

Opération	Date	Complications éventuelles
.....
.....
.....
.....
.....
.....



INTOLÉRANCE À CERTAINS MÉDICAMENTS/ ALLERGIES

Médicament	Type d'intolérance		Description / autres
ex. : CLAMOXYL® 500	<input checked="" type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Diarrhée	+ MIGRAINE INSUPPORTABLE
.....	<input type="checkbox"/> Vertiges	<input checked="" type="checkbox"/> Champignons	.....
.....	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée	.....
.....	<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Champignons	.....
.....	<input type="checkbox"/> Vertiges	<input type="checkbox"/> Diarrhée	.....
.....	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Champignons	.....
.....	<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Diarrhée	.....
.....	<input type="checkbox"/> Vertiges	<input type="checkbox"/> Champignons	.....
.....	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée	.....

Produit	Type d'allergie	Description / autres
ex. : Fruits : kiwi, <u>banane</u> , tomate, autre	<input checked="" type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements	SUR TOUT LE CORPS
.....	<input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés	.....
.....	<input type="checkbox"/> Syncope	.....
Fruits : kiwi, banane, tomate, autre	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements	.....
.....	<input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés	.....
.....	<input type="checkbox"/> Syncope	.....
Pollen, graminées, acariens, chats, chiens	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements	.....
.....	<input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés	.....
.....	<input type="checkbox"/> Syncope	.....
Sparadrap	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements	.....
.....	<input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés	.....
.....	<input type="checkbox"/> Syncope	.....
Caoutchouc, latex	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements	.....
.....	<input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés	.....
.....	<input type="checkbox"/> Syncope	.....
Produits utilisés lors d'examens médicaux ex. : PRODUIT DE CONTRASTE EN RADIOLOGIE, ISO-BÉTADINE®	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements	Indiquez le produit auquel vous êtes allergique :
.....	<input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés	.....
.....	<input type="checkbox"/> Syncope	.....
Autre, citez :	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements	.....
.....	<input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés	.....
.....	<input type="checkbox"/> Syncope	.....



LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	OUI	NON	Commentaire
Avez-vous déjà eu un problème lors d'une anesthésie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un des membres de votre famille a-t-il déjà eu des problèmes lors d'une anesthésie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu ou avez-vous un problème cardiaque ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous parfois des palpitations ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous arrive-t-il de faire une syncope ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu un infarctus ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu de l'angine de poitrine ou des douleurs de poitrine en relation avec votre cœur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous une tension artérielle trop haute ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous vite à court d'haleine quand vous faites un effort modéré ou quand vous montez les escaliers ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous éveillez-vous la nuit à court d'haleine ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrez-vous d'apnées du sommeil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, êtes-vous appareillé(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous souvent les chevilles qui gonflent ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous asthmatique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrez-vous de bronchite chronique ou avez-vous des "poumons de mineur" ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous eu récemment une bronchite, une bronchopneumonie ou une pneumonie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toussez-vous souvent actuellement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, est-ce une toux grasse ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumez-vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, combien de cigarettes par jour ?		
Consommez-vous des boissons alcoolisées de manière journalière ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, lesquelles et quelle quantité ?		
Consommez-vous des drogues ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, lesquelles, à quelles occasions, quelle quantité ?		



LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (SUITE)

	OUI	NON	Commentaire
Avez-vous déjà eu une hépatite, une cirrhose ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu une jaunisse ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous une maladie contagieuse actuellement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu un ulcère à l'estomac ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, avez-vous encore le brûlant actuellement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous diabétique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des problèmes thyroïdiens ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà fait de l'épilepsie ou des convulsions ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu une thrombose cérébrale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà subi un traitement psychiatrique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous enceinte ou pensez-vous qu'il est probable que vous le soyez ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des tendances à saigner, votre sang coagule-t-il mal ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faites-vous de l'arthrose ou du rhumatisme ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous très anxieux(se) à l'idée de l'intervention que vous allez subir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des tatouages ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portez-vous...	<input type="radio"/> une prothèse dentaire <input type="radio"/> une prothèse auditive <input type="radio"/> des verres de contact <input type="radio"/> des lunettes <input type="radio"/> des piercings > localisez : <input type="radio"/> autre > précisez :		

Vous pouvez noter ici les questions que vous voudriez poser à l'anesthésiste lors de la consultation :

.....

.....

.....

.....

.....

Date / /

Nom et signature





ANAMNÈSE SPÉCIFIQUE AUX TROUBLES DE LA COAGULATION

à joindre à l'anamnèse préopératoire

	Vous		Votre famille	
	OUI	NON	OUI	NON
1. Vous a-t-on déjà parlé de saignements anormaux (saignements abondants et/ou prolongés) chez vous et/ou chez un des membres de votre famille ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Est-ce que vous avez déjà présenté des saignements abondants / prolongés lors :				
• d'une chirurgie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• d'une prise de sang ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• d'une coupure ou d'une blessure ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• d'une extraction dentaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vous a-t-on déjà signalé une maladie du sang/ de la coagulation telle que :				
• hémophilie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• maladie de von Willebrand ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• maladie liée aux plaquettes (thrombopathie) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• autre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Avez-vous déjà eu des bleus (hématomes) <u>SANS</u> traumatisme (choc ou chute) :				
• sur le torse ou sur d'autres régions inhabituelles du corps (habituel = jambes) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
• sur les régions habituelles du corps (jambes, genoux) mais de façon très fréquente ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
• après ses vaccins à l'endroit d'injection ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5. Présentez-vous des problèmes de cicatrisation (cicatrisation qui prend beaucoup de temps) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Au niveau gynécologique, vous et/ou les femmes de votre famille souffrez de :				
• règles abondantes et prolongées de plus de 7 jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• saignements anormaux à l' accouchement nécessitant une transfusion ?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Avez-vous déjà eu des saignements de nez sans raison, durant plus de dix minutes, nécessitant une intervention médicale pour les arrêter ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Saignez-vous lors du brossage des dents ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9. Avez-vous déjà présenté du sang :				
• dans les selles en-dehors d'une gastro-entérite ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
• dans les urines en-dehors d'une infection urinaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10. Avez-vous pris dans les 7 à 10 jours qui viennent de s'écouler des anti-inflammatoires ? (aspirine, Nurofen®, Malafen®, Ibuprofen®...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

CONSENTEMENTS ECLAIRÉS

- > CHIRURGIE
- > ANESTHÉSIE



**N'oubliez pas de compléter
et de signer les 2 formulaires
de consentement ci-après
au plus tard le jour de l'intervention**



INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

à compléter par le patient ou son représentant légal

Je soussigné(e)

.....

né(e) le / /

certifie qu'au cours de la consultation du

Dr

le / /

il a été convenu que je devais être hospitalisé(e)

à partir du / /

à la Clinique CHC pour y subir une intervention chirurgicale prévue

pour le / / consistant en

.....

.....

et, après avoir reçu et compris l'intégrité des informations relatives à l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires et risques inhérents à la dite intervention, les soins de suivi, les alternatives possibles, les répercussions financières et les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait de consentement, marque expressément mon consentement à l'égard de la réalisation de l'intervention chirurgicale précitée.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un événement imprévu pourrait conduire l'opérateur à étendre l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions, le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire en cas d'absolue nécessité.

J'ai également été informé(e) que le médecin reste à ma disposition pour toutes explications complémentaires.

Je déclare également avoir informé loyalement le médecin sur mon état de santé antérieur.

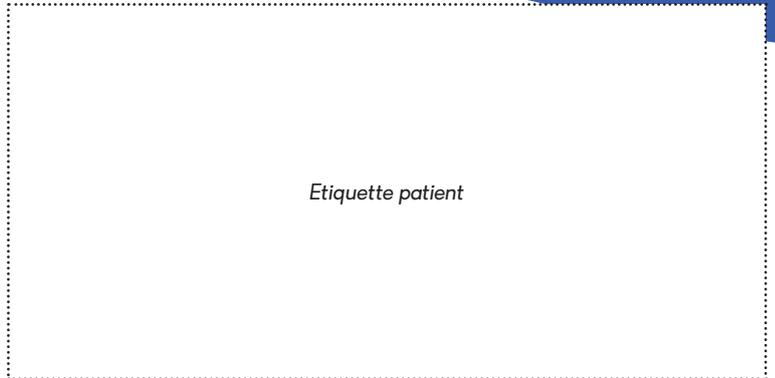
je désire que mon médecin généraliste soit averti de cette intervention

je ne désire pas que mon médecin généraliste soit averti de cette intervention

Fait à, le / /

Signature :

Signature du patient ou du représentant légal
précédée de la mention manuscrite «Pour accord»



Etiquette patient





INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

> ANESTHÉSIE

à compléter par le patient ou son représentant légal

Ces deux pages sont destinées à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de les lire attentivement afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

Qu'est-ce que l'anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie, etc.), en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

L'anesthésie générale est un état d'inconscience, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité, un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Pour la plupart des actes non urgents, il est nécessaire de passer une consultation plusieurs jours à l'avance chez un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation, vous pourrez poser les questions que vous jugerez utiles à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

Quelle est la surveillance pendant l'anesthésie et au réveil ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec le corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement.

Durant l'anesthésie et le passage en salle de réveil, vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période de réveil permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passagers.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. Il est donc important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une sensation douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Etiquette patient

Des complications imprévisibles comportant un risque vital, comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, des complications sérieuses ne surviennent que sur plusieurs centaines de milliers d'anesthésies.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie locorégionale ?

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficultés. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés.

Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

CONSENTEMENT

Je soussigné(e)

consens

- à subir une anesthésie pour l'intervention prévue le / /
- à subir une transfusion de sang ou dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur

J'atteste par la présente avoir reçu toutes les informations concernant les risques, avantages et inconvénients des différentes techniques anesthésiques adaptées à son état général et au type d'intervention à subir ainsi que les informations financières liées à cette anesthésie. J'ai, le cas échéant, réclamé des explications complémentaires qui m'ont été fournies. J'ai également été informé que le médecin reste à ma disposition pour toutes explications complémentaires.

J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Ma signature atteste également que j'ai parfaitement compris les recommandations et directives de soins pré- et post-opératoires qui m'ont été faites et que j'ai accepté de m'y conformer.

Je déclare avoir informé loyalement le médecin anesthésiste-réanimateur sur mon état de santé antérieur.

Fait à, le / /

Signature :
Signature du patient ou du représentant légal
précédée de la mention manuscrite « Pour accord »

