

Préparez Votre Consultation d'Anesthésie

Une consultation pré-anesthésique est obligatoire plusieurs jours avant toute intervention programmée. Prenez le temps de préparer cette consultation en remplissant ce document et en lisant les informations jointes avec attention. Le QR code vous permet d'accéder à des informations complémentaires sur internet via votre smartphone.



anesthesie.re

Vous

Nom
Prénoms
Sexe Femme Homme
Date de naissance .../.../.....

Vos médecins

Médecin traitant Dr.....
Cardiologue Dr.....
Autres spécialistes
.....



Éléments à préparer et à apporter pour la consultation

- Vos ORDONNANCES
- Derniers résultats biologiques
- Derniers compte-rendus de cardiologie ou d'autres spécialistes
- Carte de Groupe Sanguin
- Carte Vitale
- Ce QUESTIONNAIRE rempli

Votre Intervention

Votre intervention
Côté opéré DROIT GAUCHE

Chirurgien, opérateur Dr.....
Date d'intervention .../.../.....

Type d'hospitalisation Ambulatoire Hospitalisation complète
Date d'admission .../.../.....
Heure de convocation Matin Après-midi



Votre rendez-vous de consultation d'anesthésie

Le .../.../..... à ...h...min
 à la clinique en Téléconsultation



**Venez avec vos
ORDONNANCES**
si vous prenez un traitement

Vos antécédents médicaux

Votre poids : kg

Votre taille : cm

Avez-vous des allergies ou eu des réactions allergiques ? Oui : Non

Pour quels examens / opérations chirurgicales avez-vous bénéficié d'une anesthésie ? (année) Aucun

Avez-vous eu des effets indésirables ou complications en rapport avec vos anesthésies ? Non

Allergie, Nausées, Intubation difficile, Autre :

Avez-vous déjà été traité pour un cancer ? Oui : Non

Fumez-vous ou avez-vous fumé ? Avez-vous (déjà eu) des problèmes respiratoires ? Non

Tabac, Vapotage, Sevré, Autre :

Asthme, Apnées du sommeil, Bronchites, Emphysème, Autre :

Avez-vous (eu) des problèmes cardiaques et/ou vasculaires ? Non

Hypertension, Infarctus, angine de poitrine, Atteinte d'une valve, souffle au cœur

Essoufflement, Insuffisance cardiaque, œdème du poumon, Tachycardie ou

trouble du rythme, Malaises, Pace Maker, Défibrillateur, Artérite, Varices

Avez-vous eu une phlébite ou une embolie pulmonaire ? Une maladie qui les favorise ? Non

Phlébite(s), Embolie(s) Pulmonaire(s), Maladie favorisant les phlébites :

Etes-vous diabétique ? Avez-vous des problèmes endocriniens ? Non

Diabète, Maladie de la thyroïde, Maladie des glandes surrénales

Avez-vous (déjà eu) des problèmes neurologiques ou psychiatriques ? Non

AVC, Epilepsie, Migraines, Dépression, Autre :

Avez-vous des problèmes osseux, articulaires ou de la colonne vertébrale ? Non

Arthrose, Sciatique, Scoliose, Autre :

Avez-vous (déjà eu) des problèmes urinaires ? Calculs, Insuffisance rénale, Dialyse Non

Infection(s) urinaire(s), Problèmes pour uriner (prostate)

Avez-vous (déjà eu) des problèmes digestifs ? Reflux gastrique, Ulcère, Autre : Non

Avez-vous (déjà eu) des problèmes de foie, des voies biliaires ou du pancréas ? Non

Hépatite, Calculs biliaires, Cirrhose, Pancréatite

Avez-vous (eu) des problèmes de coagulation ? Avez-vous déjà eu une transfusion ? Non

Saignements prolongés et/ou inhabituels ayant nécessité une consultation ou un

traitement, Hématomes importants (> 2 cm) sans choc ou très importants pour un choc

mineur, Saignement prolongé et/ou important après une extraction dentaire ou après

une chirurgie, Maladie connue de la coagulation, Transfusion sanguine

Si vous êtes une femme : Règles longues et/ou excessives ayant nécessité une

consultation, Saignement prolongé et/ou important après un accouchement

Avez-vous (déjà eu) des problèmes ophtalmologiques ? Non

Glaucome, Décollement de rétine, Autre :

Concernant votre dentition, avez-vous : Non

Dents déchaussées, Dent(s) mobile(s), Dent(s) cassée(s), Prothèse(s) dentaire(s),

Pivot(s), Bridge(s), Implant(s), Facette(s), Couronne(s)

Si vous êtes une femme, combien d'accouchements avez-vous eu ? Aucun

Êtes-vous susceptible d'être enceinte ? OUI Non

Avez-vous d'autres informations ? Non

**ENFANT MINEUR : signature des 2 parents
ou du représentant légal (justificatifs à apporter)**
**MAJEUR SOUS TUTELLE : signature du tuteur légal
(justificatifs à apporter)**

Date : ... / ... /
Signature(s)