



Intervention ou investigation prévue :

AMBULATOIRE HOSPITALISATION ENTRÉE LE JOUR MÊME

SCM DES ANESTHÉSISTES DU PARC

15 av Capitaine G.Guynemer 14000 Caen - Prise de RDV sur Doctolib ou au 02 14 99 02 63 (Du Lundi au Jeudi de 13h30 à 17h, le Vendredi de 13h30 à 16h30)

Plus d'informations sur www.anesth-parc-caen.fr

- Dr Christine ARNAUD, Dr Alain BESSODES, Dr Vincent BONNET, Dr Clément BULEON, Dr Raphaël D'ORLANDO, Dr Hélène DE FACQ REGENT, Dr Alexandre FRUGIER, Dr Elodie LEMASSON FLOURY, Dr Agnès JACOB, Dr Jean-Marie LEMAITRE, Dr Pierre-Emmanuel MARSAN, Dr Stéphanie MAYER, Dr Laure-Anne MARTIN, Dr Marie ORABONA, Dr Emmanuel PERSEHAYE, Dr Christophe PERSYN, Dr François VIDAL, Dr Lise-Amélie ZERAJIC

QUESTIONNAIRE D'ANESTHÉSIE AVANT CHIRURGIE

RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIE PRÉVU LE : / À : H

Merci de compléter ce document et de le ramener le jour de votre consultation d'anesthésie accompagné de vos :

- Ordonnances (OBLIGATOIRE +++++), Compte rendu de consultations cardiologiques, Bilans sanguins récents

Form fields for patient information: Nom, Prénom, Sexe, Date de naissance, Adresse, Profession, Téléphone, etc.

- Medical history questions: Faites-vous des allergies?, Avez-vous déjà été opéré(e)?, Avez-vous déjà eu des anesthésies générales?, etc.

NOM Prénom:.....

- **Présentez-vous des symptômes évoquant des troubles de la coagulation ?** OUI NON
 - Saignements de nez Règles abondantes Hématomes spontanés
 - Saignements de gencives Thrombopénie Hémorragie post opératoire

- **Quel est votre groupe sanguin ?** **Avez-vous déjà été transfusé?** OUI NON

- **Avez-vous des problèmes digestifs ?** OUI NON
 - Reflux gastrique/Gastrite Ulcère Cirrhose / Hépatite
 - Constipation Crohn/RCH Polypes/diverticules Autres

- **Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ?** Si OUI, Terme: OUI NON
Avez - vous une contraception ? OUI NON
 Nombre de grossesses : Nombre d'enfants :

- **Avez-vous des problèmes urinaires ou rénaux ?** OUI NON
 - Prostate Infections urinaires Insuffisance rénale

- **Avez-vous des problèmes endocrinologiques ?** OUI NON
 - Diabète Troubles thyroïdiens Autres

- **Avez-vous des problèmes ophtalmologiques ?** OUI NON
 - Glaucome Myopie forte DMLA Autres

- **Portez vous des prothèses:** OUI NON
 - Oculaires Piercing Auditives
 - Pompe Lentilles Pacemaker

- **Dans votre famille, existe-t'il des maladies telles que:** OUI NON
 - Myopathie Myasthénie Autre:.....
 - Willebrand / Hémophilie Porphyrie

- **Fumez-vous (tabac ou vape)?** OUI NON **Buvez-vous de l'alcool tous les jours ?** OUI NON
 Combien/jour ? Depuis combien de temps ? Combien de verres par jour ?

- **Consommez vous d'autres substances?** OUI NON Lesquelles ?

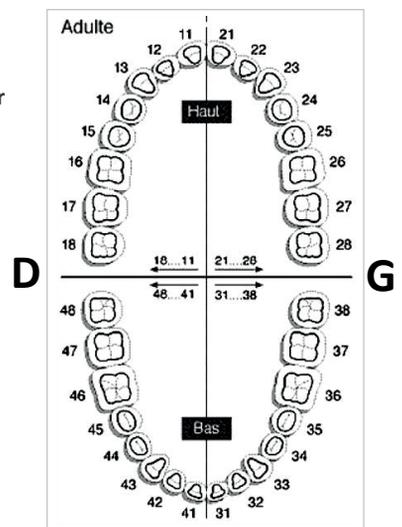
- **Présentez-vous des problèmes de santé non cités ci-dessus ?** OUI NON
Lesquels ?

- **Prévention des douleurs chroniques:**
 - Prise d'antidépresseurs/anxiolytiques Douleurs > 3 mois Stress
 - Prise d'antalgiques Algodystrophie

- **Si vous avez des dents fragiles, des implants, des pivots, des bridges, merci de noter leur emplacement sur le schéma :** Dents fragiles = F Pivoit = P
 Bridge = B Implant = I
Prothèses dentaires amovibles OUI NON

- **Anxiété pré-opératoire**

| | Faible | | Moyen | | Fort |
|--|--------|---|-------|---|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Je suis préoccupé(e) par l'anesthésie | | | | | |
| Je pense continuellement à l'anesthésie | | | | | |
| J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie | | | | | |
| Je suis préoccupé(e) par l'intervention | | | | | |
| Je pense continuellement à l'intervention | | | | | |
| J'aimerais en savoir le plus possible sur l'intervention | | | | | |



- **Quels sujets spécifiques souhaitez vous aborder pendant la consultation d'anesthésie?**

Date : / / Signature :