

# QUESTIONNAIRE d'ANESTHÉSIE

## Gynécologie-obstétrique

Madame,

Ce questionnaire médical est destiné à mieux vous connaître avant votre (éventuelle) anesthésie.

Remplissez le avec soin et remettez-le à l'anesthésiste le jour de la consultation.

Nom (majuscules) :		Nom JF :		Prénom :	
Age :	<input type="text"/>	Adresse :	<input type="text"/>		
Poids avant la grossesse :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>		
Taille :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>		
Nombre de grossesses interrompues (IVG, Fausses couches, ...)	<input type="text"/>	Nombre d'accouchements par voie basse	<input type="text"/>	Nombre de Césariennes	<input type="text"/>

<i>Cocher la case correspondante</i>					
Avez-vous (déjà eu) la tension élevée ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous (déjà eu) des problèmes au coeur ? (si oui, préciser) .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....					
Avez-vous fait une phlébite (veine bouchée au niveau des jambes) ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
• après un accouchement, une intervention chirurgicale .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
• autres circonstances, préciser : .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous fait une embolie pulmonaire ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous des varices ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Un de vos proches parents (père, mère, frère, soeur) a-t-il fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....					
Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, quand et pour quelles opérations ? .....					
.....					
Avez-vous des difficultés pour étendre votre nuque en arrière ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....					
Avez-vous (eu) • de l'asthme ? (préciser) .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....					
• de l'eczéma, de l'urticaire, le rhume des foins ? (souligner) .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....					
Etes-vous allergique à certains médicaments ou aliments ou autres produits ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, préciser lesquels et le type de réaction.....					
.....					
Y a-t-il dans votre famille proche des parents allergiques ? .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Y a-t-il eu (pour vous-même ou un de vos proches parents) un accident allergique au cours d'une anesthésie ? (préciser) .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....					
.....					
En dehors de la grossesse, avez-vous (eu) :					
• des bleus importants facilement .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
• des saignements de nez .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
• des règles abondantes .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous saigné longtemps après :					
• une intervention chirurgicale .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
• un accouchement .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous une anomalie de la coagulation entraînant des saignements. (préciser) .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....					
Y a-t-il, dans votre famille proche, un parent ayant une anomalie de la coagulation entraînant des saignements. (si oui, préciser) .....		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
.....					

Avez-vous (eu) des problèmes de colonne vertébrale :

- Scoliose (malformation du dos) ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
- Crise de sciatique, sciatalgies, des douleurs lombaires ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
- Fractures ou tassements de vertèbres ? .....  Ne sait pas  Non  Oui

**Si oui, ramener les radiographies de la colonne vertébrale en consultation d'anesthésie**

- Avez-vous (eu) une maladie des nerfs ou neuro-musculaire ? Préciser .....  Ne sait pas  Non  Oui  
.....  
Avez-vous (eu) des crises de migraine ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Avez-vous (eu) des crises d'épilepsie (convulsions) ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Avez-vous déjà eu une anesthésie péridurale ? En quelle année ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
- Elle s'est déroulée sans problème .....  Ne sait pas  Non  Oui  
- Elle a été peu efficace ou efficace d'un seul coté .....  Ne sait pas  Non  Oui  
- Il y a eu une brèche et j'ai eu des maux de tête .....  Ne sait pas  Non  Oui

- Avez-vous déjà eu une césarienne ? En quelle année ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Avez-vous déjà accouché par forceps ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Avez-vous de l'herpès génital ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Avez-vous déjà eu une IVG, un curetage après une fausse couche ou une révision utérine ? Si oui, souligner la bonne réponse .....  Ne sait pas  Non  Oui

- Fumez-vous ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Si oui, combien de cigarettes en moyenne par jour ? .....  
Avez-vous des problèmes aux poumons ? Préciser .....  Ne sait pas  Non  Oui  
.....  
Avez-vous (eu) des maladies aux reins ? Préciser .....  Ne sait pas  Non  Oui  
.....  
Avez-vous (eu) des problèmes au foie ? Préciser .....  Ne sait pas  Non  Oui  
.....  
Avez-vous fait des crises de spasmophilie ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Avez-vous eu des problèmes de diabète ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Avez-vous eu des problèmes de thyroïde ? Préciser .....  Ne sait pas  Non  Oui  
.....  
Avez-vous déjà reçu du sang ? Préciser .....  Ne sait pas  Non  Oui  
.....  
Avez-vous (eu) une maladie du sang ? Préciser .....  Ne sait pas  Non  Oui  
.....  
Avez-vous déjà (eu) une poussée d'herpès labial ? .....  Ne sait pas  Non  Oui  
Avez-vous (eu) d'autres maladies non citées ci-dessus ? Préciser .....  Ne sait pas  Non  Oui  
.....  
Prenez-vous des médicaments actuellement ou en avez-vous pris récemment ? .....  Ne sait pas  Non  Oui

Souligner ou préciser ci-dessous :

- J1. Antihypertenseurs : Aldomet, Catapressan, Nepressol, Tenormine, Trandate  
J2. Salbutamol  
J3. Anticoagulants : Calciparine, Fraxiparine, Lovenox, Sintrom  
J4. Antiagrégants : Aspirine, Persantine, Ticlid  
J5. Immunosuppresseurs : Corticoïdes, Ciclosporine, Imurel  
J6. Antibiotiques :  
J7. Autres :

Date

Signature



Centre Hospitalier  
Victor Dupouy  
Argenteuil

## SERVICE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

### AVEZ-VOUS ÉTÉ VALABLEMENT INFORMÉ(E)?

◇ NOM : ..... ◇ PRENOM : .....

◇ NOM DES PARENTS POUR LES MINEURS : .....

Au cours de la consultation d'anesthésie du \\_\_\_\_\\_\_\_\_\\_\_\_\_\ avec le Docteur ..... , j'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie. J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention. Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin Anesthésiste Réanimateur.

M'ont été remis :

- Information médicale sur l'anesthésie
- Conseils pour l'anesthésie ambulatoire
- Information sur l'analgésie péridurale obstétricale
- Information sur la transfusion sanguine

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin Anesthésiste Réanimateur à mon égard.

Date :

Signature :