

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 :	Adresse :	
Poids avant la grossesse :	Tél :	
Taille :	Profession :	
Nombre de grossesses interrompues (IVG, Fausses couches, ...)	Nombre d'accouchements par voie basse	Nombre de Césariennes

<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
.....			
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 foies ? (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 :