



Lisez attentivement toutes les informations:

Vous allez bénéficier d'une intervention chirurgicale ou d'un examen sous anesthésie. Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire, élaboré dans le but de mieux vous connaître et de déterminer la meilleure prise en charge possible. Ce document sera traité **confidentiellement** par un membre du service d'anesthésie.

C'est pourquoi nous attirons votre attention sur le fait qu'il est impératif de le remplir **DES A PRESENT** avec le plus grand soin (si besoin, avec l'aide de votre médecin traitant). Ce document est à apporter **complété** le jour de la consultation d'anesthésie ou de votre intervention, avec les éléments de votre dossier médical, rapport de votre cardiologue, pneumologue, résultats de prise de sang, etc.

1. A propos de vous:

Mme Mr

Nom: GRIMARD

Prénom: FRANCOISE

Date de Naissance: 29 / 05 / 1954

Profession: infirmière retraitée

Email: fr.grimard@orange.com

GSM: 0476 / 64.74.74

Médecin généraliste: Dr. Claude MORIS (Wadeant)

2. Intervention prévue:

Opération: enlèvement matériel crâne

Côté gauche droit les deux

Chirurgien: Dr. Opsanner

Date: 14 / 4 / 2021

Hospi d'1 jour Séjour d'1 nuit ou +

3. Personne à contacter:

Nom: Goblet Christian

Lien de parenté: époux

Téléphone: 0470 / 68.20.28

4. Données Personnelles:

Votre taille: 168 cm Votre poids: 72 kg Tour de cou: 37 cm

Quelle est votre tension artérielle habituelle? /

Pouvez-vous effectuer un travail ménager léger ? Oui Non Précisez:

Pouvez-vous monter 2 étages sans être essoufflé(e) et sans vous arrêter ? Oui Non Précisez:

Pratiquez vous une activité physique régulière ? Oui Non Précisez:

Fumez-vous ? Oui Non Quantité journalière ? Depuis combien de temps ?

Si non, avez-vous fumé ? Oui Non Date de l'arrêt du tabac ? à l'adolescence (18 ans)

Consommez-vous de l'alcool / de la bière? vin Oui Non Si oui, verres/jour ou ± 2 verres/semaine.

Consommez-vous du cannabis, autres stupéfiants / stimulants / drogues ? Oui Non

Lesquels ?

L'usage de stimulants / stupéfiants / drogues peut mettre votre vie en danger durant une anesthésie. Il est impératif que votre anesthésiste en soit informé.

Etes-vous porteur de:

Appareil dentaire supérieur <input type="checkbox"/>	Appareil dentaire inférieur <input type="checkbox"/>	Dents sur pivot <input type="checkbox"/>
Dent fragile ou mobile <input type="checkbox"/>	Précisez:	
Piercings <input type="checkbox"/>	Enlevez les piercings avant de venir à la clinique	
Appareils auditifs <input type="checkbox"/>	Lentilles de contact rigides <input type="checkbox"/>	
Pace-Maker <input type="checkbox"/>	Défibrillateur implantable <input type="checkbox"/>	Neurostimulateur <input type="checkbox"/>

5. Traitement : Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, Veuillez indiquer ci dessous les médicaments que vous prenez habituellement.

Nom du médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir	Nuit
Par exemple: SEDINAL	0,5 milligrammes	0	0	1	0
PRAVASTATINE	20mg			1	
pantomed 40 ibuprofen 600 cantabiline	} ponctuellement				

6. De quelles interventions chirurgicales avez-vous bénéficié ? En quelle année (+/-)? Anesthésie générale ou locale?

Intervention	Année	type d'anesthésie	Intervention	Année	type d'anesthésie
1 NÉPHRECTOMIE G	1968	Générale	7 TVT	2011	Générale
2 ARTHRODÉSC C6 C7	1998	Générale	8		
3 suture coiffe rotateur	2007	Générale	9		
4 épaule droite			10		
5 ostéosynthèse caule G	2020	Générale	11		
6			12		

Avez-vous pensé à toutes les interventions, y compris au niveau de la colonne ?

Avez-vous éprouvé des problèmes liés à l'anesthésie lors de ou après ces interventions ? Oui Non

- Difficulté de réveil
 Nausées
 Confusion ou agitation
 Autre:

Précisez : réaction vagale lors de l'intervention du caule, au réveil suite à la douleur → Atropine (sept 2020)

7. Coagulation du sang

- Avez-vous déjà été transfusé ? Oui Non Précisez
 Avez-vous saigné abondamment pendant ou après une intervention ? Oui Non Précisez
 Saignez-vous beaucoup ou longtemps en vous blessant ? Oui Non Précisez
 Avez-vous saigné abondamment après un accouchement ? Oui Non Précisez
 Avez-vous des règles abondantes ? Oui Non Précisez
 Saignement du nez ou au brossage dents, tendance aux hématomes ? Oui Non Précisez
 Problème de coagulation ? Hémophilie, maladie de Von Willebrand ? Oui Non Précisez

8. Pour quelles maladies avez-vous été ou êtes-vous suivi ou traité ?

Maladie du Coeur et des Vaisseaux : Angine de poitrine Infarctus du myocarde Trouble du rythme, fibrillation
 Douleurs dans la poitrine Stent coronaire Gonflement des pieds
Cardiologue: Dr. Vandendonek
Dernière visite: 12/2020 Hypertension artérielle Varices Phlébites, thrombose veineuse profonde
avec diéjénac
 Artérite, artère bouchée Autre:

Maladies Pulmonaires : Asthme Précisez: Pneumonie, infection...
 Bronchite chronique Emphysème Cancer pulmonaire
 Embolie pulmonaire Précisez:
 Ronflements Pleurésie Pneumothorax
 Apnées du sommeil => Si oui, utilisez-vous une CPAP ? Oui Non
Si vous avez une CPAP, emportez-la avec vous à la clinique

Maladies digestives : Gastrite Oesophagite Reflux gastro-oesophagien
 Hernie hiatale Ulcère Pancréatite
 Rectocolite, m+ de Crohn Cancer digestif Cirrhose
 Autre:

Maladies urinaires ou rénales Infections urinaires Calcul urinaire (pierre) Prostatisme
 Insuffisance rénale Dialyse Cancer du rein / de la vessie

Maladies Neurologiques Migraine, maux de tête Epilepsie, Convulsions Accident vasculaire cérébral
 Dépression Sclérose en plaque Parkinson
 Alzheimer Autre:

Maladies Métaboliques Hypercholestérolémie Hypertriglycéridémie Hyperuricémie, Goutte
 Hypo ou hyperthyroïdie Diabète , si oui depuis combien d'années: ans

Gynéco-Obstétrique Utilisez-vous un moyen de contraception ? **Oui** **Non**
Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte ? **Oui** **Non**
Allaitiez-vous ? **Oui** **Non**

Nez-gorge-oreilles Problème de déglutition Surdité Nez bouché

Yeux Glaucome Anomalie des pupilles Dégénérescence maculaire

Divers Mal des transports Anxiété Fatigue durant la journée
 Maladie cutanée Maladie psychiatrique Syncopes
 Cancer

Douleurs pré-existantes au niveau du site à opérer: Aucune Légère Modérée Sévère

Maladies contagieuses HIV Hépatite B Hépatite C Autre à préciser

9. Nutrition Avez-vous perdu du poids involontairement depuis 3 mois ? **Oui** **Non**
Avez-vous diminué vos apports alimentaires depuis la dernière semaine ? **Oui** **Non**
Avez-vous séjourné aux soins intensifs durant les derniers mois ? **Oui** **Non**

10. Mobilisation Est-il difficile de vous déplacer ? (Cannes, tribune de marche, Chaise roulante,...) **Oui** **Non**

11. Allergies

Latex, gants caoutchouc, ballons gonflables Produit de contraste iodé

Médicament Précisez:

Aucune Antibiotiques Précisez:

Désinfectant Isobétadine, Chlorhexidine Précisez:

Alimentaire Kiwi, arachide, soja, viande, crustacés... Précisez:

Nickel Cobalt Chrome autre métal:

Autre, précisez:

*Intolérance à Bactrim leucine
Furazolidone (nausées)
X Dévies morphiniques
nausées, vertiges
X Diabète : Hypertension*

12. Maladies rares:

Porphyrie Hyperthermie maligne Autre:

chez vous ou dans votre famille Myopathie Myasthénie

Problème de coagulation? Hémophilie, maladie de Von Willebrand ?

Antécédent familial d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral, d'anévrisme...

Problème d'anesthésie dans votre famille Précisez:

13. Souhaitez-vous entrer en contact avec un anesthésiste avant votre hospitalisation? Oui Non contact *Télé*

14. Remarque: Si vous souhaitez ajouter quelque chose:

- nécessité d'une prise de sang avant l'intervention? (dernière 12/2020)
Δ position de ma nuque pendant l'intervention car Anllodex. Merci
- neurologie cervico-basale avec douleurs épaulé GDC: pas incompatible avec Anesth locale?

J'ai bien lu et rempli attentivement chaque rubrique de ce questionnaire.

Date: 25. / 03 / 2021. Signature: *J. F. ...*

Quelques remarques et conseils importants:

Pour votre opération, il vous est demandé d'ôter toutes vos bagues, bracelets, colliers, bijoux, piercings et de ne pas vous maquiller. Si vous utilisez une CPAP pour dormir, **veuillez l'emporter avec vous** lors de votre hospitalisation.

Si vous êtes opéré le jour de votre arrivée à la clinique, il est indispensable de ne pas manger depuis 6 heures avant votre heure de convocation. Vous pouvez boire de l'eau jusqu'à 2 heures avant votre arrivée à la clinique, sauf avis contraire de la part du chirurgien ou de l'anesthésiste.

Les informations concernant vos médicaments habituels vous seront données par un anesthésiste, votre chirurgien ou votre médecin traitant. En cas de **maladie peu de temps avant votre intervention**, ou en cas de **modification de traitement ou dans votre état de santé**, il est important de **recontacter le secrétariat d'anesthésie** afin de s'assurer que rien n'interfère avec l'opération.

Veuillez emmener avec vous à l'hôpital tous les médicaments que vous prenez. Emmenez également ce questionnaire et si disponible, votre carte de groupe sanguin. Il est déconseillé d'emporter des objets de valeurs et de l'argent liquide.

Après votre opération, vous serez surveillé dans votre chambre; plus rarement, votre anesthésiste peut décider de vous faire surveiller dans une unité de soins post-anesthésie ou aux soins intensif.

Dans le cas d'une hospitalisation d'un jour, les critères de sortie sont exposés ci-après. Sachez que vous pourriez rester hospitalisé la nuit si vous n'y répondez pas:

- Vous mangez et buvez avant le départ de l'hôpital.
- Il n'y a pas de complication chirurgicale majeure, saignement ou autre.
- La douleur est aisément contrôlée avec des antidouleurs par la bouche.
- Vous ne souffrez pas de nausées ou de vomissements.
- Vous êtes accompagné chez vous au cours de la première nuit. Un adulte peut vous venir en aide si nécessaire.

Vous ne pouvez pas conduire de véhicule avant le lendemain au plus tôt ni utiliser de machine dangereuse.

Les anesthésistes sont à votre disposition pour répondre à toute question complémentaire.