

QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIE



Clinique
Lille Sud



Clinique
Ambroise Paré

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Votre chirurgien : _____

Date de l'intervention : ___/___/___ Entrée prévue le : ___/___/___

Mode de Prise en charge : Hôpital de jour Hospitalisation complète

A remplir et à remettre complété à l'anesthésiste lors de votre consultation

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE EST OBLIGATOIRE AVANT TOUTE ANESTHÉSIE.

Décret du 5 Décembre 1994 pour tout patient nécessitant une anesthésie générale ou loco - régionale

Veillez prendre rendez-vous au cabinet d'anesthésie :

- Par téléphone : Clinique Lille Sud : 03 20 62 09 09 ou Clinique Ambroise Paré : 03 20 74 84 82
- Par internet sur le site : monanesthesie.fr

Ce questionnaire est strictement confidentiel, il va permettre à votre médecin anesthésiste de collecter les données nécessaires à votre prise en charge. Il sera placé dans votre dossier médical. Merci de cocher les propositions qui vous correspondent. Vous pouvez au besoin solliciter l'aide de votre médecin traitant pour le remplir.

Quelle sera votre intervention chirurgicale ?

Gauche Droite

Date de naissance : ___/___/___

Age ans

Poids Kg

Taille m

sexe F M

Profession

Avez-vous déjà été opéré(e) ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Y a-t-il eu un problème ou une complication? Si oui, lequel(les) :

Faites-vous du sport ? Souvent Un peu Jamais

Pouvez-vous marcher un kilomètre sans arrêt ? Oui Non

Pouvez-vous monter plus d'un étage sans arrêt ? Oui Non

Supportez-vous de dormir avec un seul oreiller ou à plat ? Oui Non

Avez-vous une dépendance à l'alcool (y compris bière et vin) ? Oui Non

Avez-vous des **problèmes cardiovasculaires** ? Oui Non

- Infarctus Angine de poitrine
- Anomalies du rythme cardiaque
- Pertes de connaissance
- Artérite des membres inférieurs
- Varices Phlébite Embolie pulmonaire
- Hypertension artérielle

Votre tension habituelle est de _____

Avez-vous des **problèmes respiratoires** ? Oui Non

- Apnées du sommeil
- Bronchite chronique
- Insuffisance respiratoire
- Asthme
- Emphysème
- Fumeur - Nombre de cigarettes par jour : _____
- Ancien fumeur - Date d'arrêt : ___/___/___

Avez-vous des **problèmes digestifs** ? Oui Non

- Gastrite
- Hernie hiatale,
- Reflux gastro oesophagien
- Ulcère du duodénum ou de l'estomac
- Hépatite virale
- Sigméïdite

Supportez-vous les anti-inflammatoires ? Oui Non

Avez-vous des **problèmes neurologiques** ? Oui Non

- Migraines
 - Accident vasculaire cérébral
 - Epilepsie
 - Maladie de Parkinson
 - Troubles de la mémoire
- Etes-vous soigné(e) pour anxiété ou dépression ? Oui Non

Avez-vous déjà fait un **test de dépistage** ? Oui Non

Si oui, le ou lesquels :

Des hépatites A / B ou C - Résultat : _____

Du S.I.D.A (test H.I.V) - Résultat : _____

Votre vaccination contre le tétanos date-t-elle de :

moins de 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

- Avez-vous reçu un **traitement par hormone de croissance** ? Oui Non

- Avez-vous bénéficié d'une **intervention neuro chirurgicale avant 1995** ? Oui Non

- Avez-vous bénéficié d'une **greffe d'organe** ? Oui Non

- Y a-t-il eu dans votre famille un **cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob** ? Oui Non

Prenez-vous des ANTICOAGULANTS ? Oui Non

Si oui lequel : PREVISCAN SINTROM COUMADINE

Prenez-vous ces médicaments ?

PLAVIX TICLID KARDEGIC

ASPIRINE CEBUTID

Avez-vous déjà été transfusé ? Oui Non

Évaluation du risque hémorragique :

1- Tendance anormale au saignement connue Oui Non

2- Saignements fréquents au niveau des gencives ou du nez Oui Non

3- Hématomes ou ecchymoses fréquentes Oui Non

4- Saignement >15 min après une prise de sang Oui Non

5- Prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoire dans les 2 semaines précédentes Oui Non

6- Antécédents de la maladie hémorragique dans la famille Oui Non

Avez-vous présenté des **manifestations allergiques** ? Oui Non

Eczéma

Urticaire

Rougeurs

Rhume des foins

Conjonctivite allergique

Œdème de Quincke

Êtes-vous **allergique aux produits suivants** :

IODE LATEX Sparadrap

Antibiotiques (ex : pénicillines)

Allergies alimentaires

Autres:

Comment l'allergie se manifeste t-elle ?

Souffrez-vous de diabète ? Oui Non

Si oui :

- lequel : insulino-dépendant
 non insulino-dépendant type II

- avec complications : rénales oculaires

Souffrez-vous de glaucome ? Oui Non

Souffrez-vous de maladies familiales ou génétiques,
Antécédents de complications anesthésiques familiales ?

Portez-vous des **prothèses ou des appareillages** ? Oui Non

Prothèses dentaires

Bridge, dent sur pivot

Lentilles, verres de contact

Autres : _____

Avez-vous des **problèmes de dos** ? Oui Non

Dorsalgie

Lombalgie

Hernie discale

Scoliose

Disposez-vous à domicile de **médicaments** contre la douleur ?

(Vous en aurez besoin pour traiter la douleur après l'intervention)

PARACETAMOL (DAFALGAN / DOLIPRANE / EFFERALGAN)

NIFLURIL / PROFENID / SURGAM / ADVIL / NUREFLEX

NEXEN / CELEBREX

LAMALINE

PARACETAMOL CODEINE

IXPRIM / ZALDIAR

TOPALGIC / TRAMADOL

MOSCONTIN / SKENAN

Mademoiselle, Madame,

Prenez-vous la pilule ? Oui Non

Avez-vous déjà accouché ? Oui Non

Autres maladies non évoquées dans ce questionnaire

VOTRE TRAITEMENT PERSONNEL

Veillez reporter lisiblement le nom des médicaments que vous prenez, avec l'aide de votre médecin traitant si nécessaire.

Votre anesthésiste vous indiquera ceux qui devront être arrêtés, remplacés et ceux à poursuivre.

Votre nom : _____ Prénom : _____

Partie à compléter par le patient :	Partie à compléter par l'anesthésiste :				
Nom du médicament et dosage :	Jour :	La veille			Le jour de l'entrée
	Date :	___/___/___			___/___/___
	Indication de l'anesthésiste à prendre les médicaments : Oui (O) / Non (N)	Matin	Midi	Soir	Matin Midi
Consigne particulière d'arrêt de la prise de médicament(s) avant l'intervention	Médicament(s) à arrêter avant l'intervention : _____ Dernière prise le : ___/___/___ à ___h___ Remplacé(s) : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : par _____ A reprendre le : ___/___/___ Signature de l'anesthésiste : <input type="text"/>				

Pas de traitement

Veillez apporter lors de votre consultation d'anesthésie puis le jour de votre hospitalisation :

- ce questionnaire dûment rempli (pages 1 à 6)
- les documents suivants seulement si vous les avez :
 - vos dernières ordonnances de médicaments
 - votre dossier médical (examens de laboratoire, groupe sanguin, électrocardiogramme, bilan cardiovasculaire, courriers du cardiologue, du pneumologue, ...)



INFORMATION MÉDICALE SUR L'ANESTHÉSIE

Ce document, élaboré par la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), est destiné à vous informer sur l'anesthésie. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

1 QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie: l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

◆ L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques;

◆ L'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Dans certains cas, il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération en injectant ce produit dans un cathéter placé à proximité des nerfs.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière.

Une anesthésie générale peut être associée soit de principe, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite préanesthésique.

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste réanimateur. Au cours de cette consultation et de la visite préanesthésique, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences.

Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra choisir de modifier la technique prévue.

2 COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLÉ(E) PENDANT L'ANESTHÉSIE ET À VOTRE RÉVEIL ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

En fin d'intervention, vous serez surveillé (e) de manière continue dans une salle de surveillance postinterventionnelle.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance postinterventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

3 QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares.

En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'événements désagréables.

4 QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES A L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaires particulières.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe.

Après anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister.

Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à consulter.

Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

5 QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES A L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ?

Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale. Cela justifie les mêmes consignes de jeûne que pour une anesthésie générale.

Il existe des risques spécifiques à l'anesthésie périmédullaire (rachianesthésie, anesthésie péridurale). Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Une difficulté à uriner peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des maux de tête peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement spécifique. Très rarement, on peut observer une baisse passagère de l'audition, ou un trouble de vision. Des douleurs au niveau du point de ponction, dans le dos, sont également possibles.

Il existe des risques spécifiques aux autres anesthésies locorégionales. Ainsi, au cours de l'anesthésie de l'œil, des complications, telles une diplopie (le fait de voir double) ou plus rarement une plaie oculaire, peuvent survenir. Des séquelles, passagères ou définitives, telles une baisse ou une perte de la vision, peuvent en résulter. Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles.

En fonction des médicaments associés, des nausées des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares: paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche.

Les complications graves liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes, mais au final, aucune technique ne paraît plus risquée qu'une autre. Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques

RECOMMANDATIONS EN VUE D'UNE ANESTHESIE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Pensez à apporter lors de votre consultation anesthésique puis le jour de votre hospitalisation :

- ce questionnaire dûment rempli
- votre dossier médical ou les documents suivants seulement si vous les avez :
 - examens de laboratoire, groupe sanguin,
 - électrocardiogramme, bilan cardiovasculaire, courriers du cardiologue, du pneumologue,
 - carnet de santé,
 - ordonnances pour connaître votre traitement.

Soyez attentifs aux recommandations suivantes :

① LE JOUR DE L'ANESTHESIE

 **Vous devez suivre les consignes de jeûne qui vous ont été données lors de la consultation avec le médecin anesthésiste.**

- ☛ En l'absence d'indications spécifiques, vous devez rester à jeûn (ne rien manger, ni boire, ni fumer) durant les **6 heures** qui précèdent l'anesthésie que celle-ci soit générale ou locorégionale.
- ☛ Vous devez prendre vos médicaments habituels, à la condition de ne prendre qu'une gorgée d'eau.
- ☛ Vous ne devez pas consommer d'alcool, ni fumer durant les 24 heures précédant l'anesthésie.

 **Procédez chez vous à une toilette (bain ou douche) et à un brossage des dents avant de vous rendre à la clinique :**

- N'utilisez ni rouge à lèvres, ni vernis à ongles, ni maquillage, ni crème de jour.
- Ne portez pas vos verres de contact.
- Ne portez ni bijoux, ni piercing.

- ☛ Une douche avec un savon antiseptique vous sera éventuellement prescrite pour le jour de votre intervention.

② APRES L'ANESTHESIE

- ☛ En cas d'anesthésie du bras veillez à :
 - Garder le bras en écharpe jusqu'au retour à des sensations habituelles.
 - Eviter tout appui sur ce bras avant son réveil complet.
- ☛ En cas d'anesthésie de la jambe ou du pied, ne prenez pas appui prématurément: vous risquez une chute.

☛ Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e), prévoyez une personne valide et responsable qui pourra vous accompagner lors de votre retour à domicile.

- ☛ Pour les enfants de moins de 10 ans, l'accompagnant ne peut pas être celui qui conduit.
- ☛ Prévoyez une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie.

☛ Pendant les 12 à 24 heures suivant l'anesthésie, ne conduisez pas de véhicule, n'utilisez pas d'appareils potentiellement dangereux et ne prenez pas de décision importante **car votre vigilance peut être diminuée sans que vous ne vous en rendiez compte.**

- ☛ Vous pouvez boire et manger légèrement. Ne prenez pas d'alcool.
- ☛ Vous pouvez reprendre votre traitement habituel sauf indication contraire.
- ☛ Assurez-vous de quitter la clinique avec une prescription d'antalgiques (anti-douleur), si vous n'en possédez pas à votre domicile.

③ EN CAS D'URGENCE vous pouvez joindre la clinique en téléphonant au numéro suivant :

CLINIQUE LILLE SUD (SOS MAINS) : TÉL. 0826 20 95 75*
CLINIQUE AMBROISE PARÉ : TÉL. 0826 20 47 00*

Pour des raisons médicales, vous pourriez être hospitalisé(e) après une chirurgie initialement prévue en ambulatoire. Prévoyez cette éventualité.

FEUILLE DE CONSENTEMENT

Vous avez été informé (e)

Au cours de la consultation d'anesthésie du
____/____/____ avec le Docteur

A lire et à signer obligatoirement pour votre prise en charge, après votre consultation d'anesthésie. Merci

- 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 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.
- **J'ai pris connaissance des recommandations écrites ci-jointes :**
 - Information sur l'anesthésie
 - Recommandations en vue d'une anesthésie
 - Information sur la douleur postopératoire (dans le livret d'accueil)

M'ont été transmises les informations suivantes :

- Risque hémorragique
- Information sur la transfusion sanguine
- Information sur la PCA (Analgésie contrôlée par le patient)
- Traitement post-opératoire de la douleur
- Prévention de la maladie thrombo-embolique
- Risque respiratoire
- Chute post-opératoire
- Sortie seule possible
- Critères de report (hyperthermie, angine, bronchite)
- Critères chirurgie ambulatoire (hémostase, comorbidité, âge, antalgiques, accompagnant, 2 accompagnants si enfant de - 10 ans).
- Béquilles
- Bras en écharpe
- Autres : _____

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.

- J'ai pris connaissance du secteur de conventionnement de la sécurité sociale de mon médecin anesthésiste et des dépassements d'honoraires éventuels qu'il compte pratiquer.

Date : ____/____/____

Nom : _____ Prénom : _____

Signature

REGLEMENT CS

Oui Non AT / MP CMU

Dépassement

_____€

PAGE RÉSERVÉE A L'ANESTHÉSISTE (Ne rien inscrire S.V.P.)

ATCD Chir. / Obstétrique:

ATCD MED. :

Examen clinique :

Allergies :

- Absence de signe fonctionnel cardio-respiratoire
- Absence de trouble clinique de l'hémostase

INTUBATION

SCORE	1	2	3
Ouverture de bouche	> 3	3	< 3
Mallampati	1	2	3
Mobilité RC	Normal	Limité	Bloqué
Incisives proéminantes	Non	Oui	
Profil facial	Normal	Prognathe	Rétrognathe

DTM : <6cm >6cm

Prothèses dentaires : amovibles pivots

- Mauvais état dentaire
- Difficultés prévisibles
- Pas de difficulté prévisible

FACTEURS DE RISQUES NVPO

- Femme Non fumeur
 - Antécédents de NVPO
 - Mal des transports
 - Morphinique post-op
- Prévention : Dropéridol Corticoïde Setron

Score

/4

ANALGÉSIE POST OPÉRATOIRE

- PCA PCEA
- A.L.R. longue durée Cathéter
- Rachi Morphine
- AINS IPP

STRATÉGIE TRANSFUSIONNELLE

- Récupérateur sang Exacyl
- Erythropoïétine Vénofér

EXAMENS

	Vus	Demandés en ville
N.F.S / Plaquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T.P. / I.N.R.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupe phénotypé/RAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clairance créatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cs Cardio + E.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANESTHÉSIE PRÉVUE

- Anesthésie générale AIVOC
- Rachi. Péri.
- BIS PEC TAP
- Péribulbaire Topique
- Sous-tenonienne au canthus interne
- Bloc plexique
- Bloc tronculaire
- Bloc sciatique / subglutéal / popilité
- Bloc fémoral Bloc saphène
- Bloc de pied
- AL + sédation / hypnose
- Anesthésie souhaitée par le patient

ASA

1 2 3 4 U

ALTEMEIER

1 2 3 4

DOS/RACHIS

Repères osseux :

État cutané :

RISQUE MTEV Oui Non

Prévention :

- Anticoagulants post-opératoires : Oui Non
-> Ordonnances : remises en CPA à faire en post-op
- CVE : Oui Non
-> Ordonnances : remises en CPA à faire en post-op

ANTALGIQUES PRESCRITS EN CONSULTATION

Oui Non Disponibles à domicile

Palier 1 PARACÉTAMOL KÉTOPROFÈNE IBUPROFÈNE

Palier 2 PARACODEINÉ TRAMADOL ESOMEPRAZOLE

Autre : _____

ELIGIBILITE A L'AMBULATOIRE Oui Non

Groupe sanguin : _____

Nb de déterminations : _____

2 Phénotypes : Oui Non

R. A. I. : _____

INSTRUCTIONS À SUIVRE PAR LE PATIENT :

Dernier repas solide : ___h___ Dernière boisson claire : ___h___ Dernière prise de tabac le : ___/___/___

Médicaments à prendre le matin de l'intervention : _____

Petit-déjeuner léger autorisé _____

A PREVOIR APRES L'ENTREE :

Prémédication : Oui Non

Consignes particulières :

dextro

autre : _____

Prothèses :

- dentaires : **Haut Bas** garder enlever

- auditives : **Droite Gauche** garder enlever

Antibioprophylaxie : Oui Non

REMARQUES :

VPA le : ___/___/___

Dr : _____ Signature :

Dossier Complet

RAS depuis la CPA

Reste à vérifier / remarque : _____

Intervention reportée pour : _____

Entrée prévue à : ___h___

Descente au Bloc prévue à : ___h___