

CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE EN ORTHOPEDIE

SECRETARIAT ANESTHESIE ORTHOPEDIE :
PORTE D – REZ-DE-JARDIN
☎ 02 40 95 80 22
FAX : 02 40 95 83 84

Vous allez être opéré le par le Docteur

Nous vous verrons en consultation d'anesthésie le à

VOTRE PRE-ADMISSION

IMPORTANT

- Vous devez **IMPÉRATIVEMENT** vous présenter **au bureau des pré-admissions, Porte D, 30 minutes avant la consultation pré-anesthésique** (cette démarche peut être effectuée avant le jour de la consultation).
- Documents à apporter :
 - Autorisation d'opérer signée des deux parents ou du tuteur pour les mineurs.
 - Autorisation d'opérer signée du tuteur pour les majeurs protégés.
 - Les autres documents nécessaires sont listés sur la fiche de pré-admission remise par le secrétariat du chirurgien.

DOCUMENTS A APPORTER A LA CONSULTATION ANESTHESIQUE

- Le présent questionnaire médical.
- Vos documents médicaux : Ordonnance, électro-cardiogramme et compte-rendu de la dernière consultation du Cardiologue, prise de sang récente, examen pulmonaire... (en votre possession).
- Le contrat de mutuelle.

QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Profession :

Poids : Taille :

Tel Personnel :

Médecin traitant

Docteur :

Tel. :

Cardiologue (éventuellement)

Docteur :

Tel. :

Date dernière consultation :
(idéalement inférieure à 1 an)

Pneumologue (éventuellement)

Docteur :

Tel. :

Date dernière consultation :

Examens pneumologiques :

► **Prenez-vous actuellement des médicaments ?**

oui non

Si oui, précisez :

Nom du médicament et dosage (mg)	Posologie			
	Matin	Midi	Soir	Coucher
Apportez votre ordonnance				

► **Fumez-vous ?**

oui non

Si oui, nombre de cigarettes/jour

► **Avez-vous déjà subi une anesthésie ?**

Générale
Locorégionale (péridurale, rachi-anesthésie)

Si oui, pour quelle(s) intervention(s) ?

.....
.....
.....

► **Avez-vous été transfusé ?**

oui non

► **Avez-vous présenté des complications ?**

oui non

(Phlébite, embolie pulmonaire, hémorragie...)

► **Avez-vous présenté des saignements anormaux, d'intervention chirurgicale ou d'extraction dentaire ?**

oui non

► **Avez-vous eu des problèmes cardiaques ?**

oui non

(Tension artérielle anormale, angine de poitrine, infarctus, trouble du rythme, insuffisance cardiaque, œdème aigu du poumon, artérite des membres inférieurs)

► **Avez-vous eu des problèmes respiratoires ?**

oui non

(emphysème, bronchite chronique, dilatation des bronches, syndrome apnée du sommeil [appareillé à domicile ?])

► **Avez-vous eu des problèmes digestifs ?**

oui non

(Ulcère, troubles de la vésicule biliaire, hépatite virale, médicamenteux, reflux)

► **Avez-vous eu des problèmes rénaux ?**

oui non

(Élévation de l'urée sanguine, de la créatinine sanguine)

► **Avez-vous eu des troubles du système nerveux ?**

oui non

(Épilepsie, paralysie)

► **Avez-vous du diabète ?**

oui non

Traité par insuline ?

oui non

► **Faites-vous des allergies ?**

oui non

Précisez (eczéma, urticaire, asthme, rhume des foins...)

.....

► **Avez-vous des dents fragiles, mobiles, pivots, bridge ou implants ?**

oui non

► **Autres problèmes de santé particuliers :**

.....
.....
.....



- Au décours de la consultation d'anesthésie, nous vous prescrivons éventuellement des examens complémentaires qui pourront être faits, selon votre souhait, soit immédiatement sur place, soit dans un laboratoire d'analyses biologiques de votre choix.
- Ces examens, ainsi que la consultation d'anesthésie, seront à régler le jour même.
- En cas de chirurgie ambulatoire, assurez-vous de la présence d'une tierce personne à domicile pour la première nuit.