

QUESTIONNAIRE PRE ANESTHESIQUE

La consultation pré-anesthésique est obligatoire. Ce document fait partie de votre dossier médical, il est couvert par le secret médical.

Votre situation

Nom : _____

Tel/mail : _____

Prénom: _____

Profession : _____

Date de naissance : _____

Vit seul : Oui Non

Votre future intervention

Intervention proposée : _____

Date : ____ / ____ / ____

Par le docteur : _____

Merci de penser à apporter le devis et l'ensemble des documents remis lors de la consultation du chirurgien.

Poids & Taille

Votre poids : _____

Votre taille : _____

Vos habitudes

Fumez-vous ?

Oui. Non

Si oui, combien de cigarettes par jour? _____

Depuis combien d'année? _____

Consommez-vous d'autres toxiques?

Oui. Non

Consommez-vous de l'alcool?

Oui. Non

Vos médicaments habituels

Médicament	Doses prises par jour

Merci de penser à apporter l'ordonnance en cours de vos médicaments habituels

Vos anciennes interventions

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésie ?

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements
 Allergie

Saignement
 Autre : _____

OUI NON

Vos antécédents médicaux

- Etes-vous suivi pour une pathologie cardiaque? OUI NON
- Etes-vous suivi pour un infarctus de myocarde ? OUI NON
- Etes-vous suivi pour une pathologie respiratoire ? OUI NON
- Faites-vous des apnées du sommeil ? OUI NON
- Avez-vous été soigné(e) pour un asthme ? OUI NON
- Avez-vous fait des phlébites ou embolies pulmonaires ? OUI NON
- Etes-vous suivi pour une pathologie rénale ? OUI NON
- Avez-vous des problèmes pour uriner(prostate) ? OUI NON
- Etes-vous suivi pour une pathologie digestive ? OUI NON
- Avez-vous été traité(e) pour un ulcère ? OUI NON
- Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral ? OUI NON
- Avez-vous été traité(e) pour une épilepsie ou convulsion ? OUI NON
- Avez-vous du diabète ? OUI NON
- Avez-vous du cholestérol ? OUI NON
- Avez-vous une maladie de la thyroïde ? OUI NON
- Avez-vous eu des transfusions sanguines ? OUI NON
- Avez-vous des allergies ?** OUI NON

Si oui lesquelles? _____

DATE : _____ / _____ / _____

SIGNATURE

Ce questionnaire est à rapporter complété et signé pour la consultation. Merci de penser à apporter en plus:
L'ordonnance en cours de vos médicaments

Tout examen sanguin de moins de 6 mois

Tout compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation

Tout examen complémentaire de moins d'un an.

Les 2 pages suivantes sont à lire et signer obligatoirement avant votre intervention

AUTORISATIONS

➤ Je soussigné(e), NOM : Prénom : déclare autoriser :

⇒ Le chirurgien à pratiquer tout soin ou l'intervention chirurgicale nécessitée par mon état ou celui de mon enfant.

⇒ L'anesthésiste réanimateur à pratiquer l'anesthésie générale ou locorégionale pour moi-même ou pour mon enfant.

⇒ L'établissement à pratiquer en cas de besoin, un dosage de sérologie :

- V.I.H (Virus Immunodéficience Humaine) - V.H.C (Virus hépatite C)

Je veux qu'on communique les résultats à mon médecin traitant : oui non

Date :

Signature(s) :

AUTORISATION D'OPERER D'UN MAJEUR PROTEGE (tutelle)

Je soussigné tuteur = responsable légal d'un majeur protégé :

Nom : Prénom :

Demeurant (adresse) :

Donne mon plein consentement pour la réalisation du ou des actes médicaux nécessaires dans le cadre de la prise en charge de (nom du majeur protégé)

lors de son hospitalisation prévue le ____ / ____ / ____ à l'Hôpital Privé de l'Eure (EVREUX)

Fait le : ____ / ____ / ____

Signature du Tuteur :

PERSONNE DE CONFIANCE

➤ **La loi du 4 mars 2002 (n°2002-303) vous permet de désigner une personne de confiance (vous pouvez choisir un parent, un proche ou votre médecin traitant).**

« *Cette personne de confiance sera consultée en cas d'incapacité de votre part à exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit et révocable à tout moment. Si vous le souhaitez, la personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.* »

Je souhaite désigner une personne de confiance oui non
(Si oui, merci de compléter la partie ci-dessous).

C'est à vous d'informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord.

IDENTITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

NOM :

PRENOM :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Date : ____ / ____ / ____

Signature de la personne de confiance :

TOURNEZ SVP⇒

CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL CHIRURGIE / ACTE DIAGNOSTIQUE

Je soussigné(e), (Nom, Prénom).....déclare avoir reçu au cours d'un entretien avec le Dr....., toute l'information souhaitée simple et intelligible concernant l'intervention chirurgicale : ainsi que sur :

- La nature de ma maladie et des risques auxquels je serais confronté(e) en l'absence d'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- Le type d'intervention proposée et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, des risques qu'elle implique et de la nature des complications auxquelles elle m'expose.
- La nécessité d'une préparation cutanéo-muqueuse afin de prévenir au mieux la survenue d'infections nosocomiales.

Atteste qu'il a été répondu de façon satisfaisante aux questions que j'ai posées concernant les risques et bénéfices de cette intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Atteste m'engager à réaliser la préparation prescrite.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, l'opérateur peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

En conséquence, je donne mon accord à la réalisation de tout acte diagnostique et/ou thérapeutique requis par mon état de santé.

Date : ____ / ____ / ____

Signature avec mention manuscrite « Lu, approuvé et compris » :

CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL ANESTHESIE

Je soussigné(e),.....déclare avoir reçu au cours d'un entretien avec le Dr..... des informations détaillées sur l'anesthésie, les risques et les complications.

J'estime avoir compris ces informations et donne mon consentement à tout examen, investigation et intervention nécessités par mon état, y compris l'anesthésie : anesthésie locale plus sédation, anesthésie locorégionale, anesthésie générale.

Mon accord concerne également la transfusion de sang ou les dérivés sanguins, jugée indispensable par le médecin anesthésiste.

J'accepte toute modification de technique anesthésique qui pourrait s'avérer nécessaire pendant l'intervention.

Je refuse l'anesthésie prévue pour les raisons suivantes :

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

Date : ____ / ____ / ____

Signature avec mention manuscrite - « Lu, approuvé et compris » :

➤ PARTIE A REMPLIR LE JOUR DE L'ADMISSION EN PRESENCE D'UNE INFIRMIERE

Je soussigné(e) :

Certifie n'avoir absorbé aucun aliment solide ou liquide, ni fumé, depuis ____ heure(s).

Date : ____ / ____ / ____

Signature(s) :