

58 boulevard Pasteur

27025 EVREUX Cedex

☎ 02.32.38.95.00 📠 02.32.38.57.78 ✉ cpe.contact@vivalto-sante.com



Hôpital Privé de l'Eure  
Evreux

## 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? \_\_\_\_\_

Consommer-vous d'autres toxiques?

☐ Oui.

☐ Non

Consommer-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 ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, lesquels ?

☐ Nausées ou vomissements

☐ Saignement

☐ Allergie

☐ Autre : \_\_\_\_\_

## 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.

## 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 :**

## 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 cutanéomuqueuse 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 événement 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) :**