



QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE POUR LES ENFANTS

DE QUOI DOIT-ON VOUS OPÉRER ?

A QUELLE DATE ?/...../.....

QUEL EST LE NOM DE VOTRE CHIRURGIEN ?

Dr

VOS :

NOM :

PRÉNOM :

AGE : ans POIDS : kg TAILLE : mètre DATE DE NAISSANCE : / /

NOM et TÉL. de la personne à prévenir :

- NAISSANCE : normale à terme ☐ prématurée ☐ ne sait pas ☐
 compliquée, avec réanimation de l'enfant ☐

- L'enfant se développe-t-il normalement ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

- A-t-on découvert chez lui une maladie, une malformation ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐
Notez laquelle

- Est-il en bonne santé générale avec activité, appétit, sommeil normaux oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

- A-t-il déjà été opéré ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Si oui notez de quoi

-Y a-t-il eu des complications ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Lesquelles

- A-t-il déjà été hospitalisé pour une maladie ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Notez pourquoi

- A-t-il fait des malaises, convulsions ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

- A-t-il des allergies connues ? (asthme, eczéma, urticaire, rhume des foins,
allergie à des médicaments) oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐
Précisez

- A-t-il tendance à saigner anormalement ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

-Y a-t-il dans la famille une des maladie suivantes : (si oui, entourez)

Myopathie	Hyperthermie maligne	Hémophile
Mucoviscidose	Mort subite du nourrisson	Décès au cours d'une anesthésie

- Est-il à jour dans ses vaccinations ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

- Prends-t-il actuellement des médicaments ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Lesquels



AUTORISATION D'OPERER D'UN MINEUR

Art R1112-35 du code de la santé publique

**CE DOCUMENT SIGNE EST A RAPPORTER OBLIGATOIREMENT LE JOUR DE L'HOSPITALISATION.
A DEFAUT, L'INTERVENTION NE POURRA PAS AVOIR LIEU ;**

Je soussigné (cocher la ou les mention(s) utile(s)) :

☐ Mère (nom et prénom) :

☐ Père (nom et prénom) :

Si les 2 parents ont l'autorité parentale, la signature des 2 parents est obligatoire.

Demeurant (adresses) :

Donne mon plein consentement pour la réalisation du ou des actes médicaux nécessaires dans le cadre de la prise en charge de (**nom du mineur**)..... lors de son hospitalisation prévue le __ / __ / __

Fait le : __ / __ / __ à

Signature du père

Signature de la mère :

A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS D'ABSENCE DE L'UN DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE (lors de la consultation chirurgicale)

Je soussigné (nom, prénom et qualité) :

Cocher la mention utile :

☐ m'engage à faire signer ce document par le co-titulaire de l'autorité parentale qui n'a pas pu être présent lors de la consultation médicale ou pré-anesthésique et à le restituer lors de l'hospitalisation

☐ atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale (*exposer la ou les raison(s)*):

☐ atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document.

☐ déclare ne plus avoir ou vouloir de contact avec l'autre titulaire de l'autorité parentale dont je vous donne les coordonnées (*nom et prénom, adresse postale, email, téléphone fixe ou mobile*).

Je confirme être informé(e), qu'hors situations renseignées ci-dessus, qu'en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu sur mon enfant en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de son état de santé à court terme ou moyen terme.

SIGNATURE :

Si l'un des deux parents est éloigné, vous pouvez transmettre ce document signé, avant la date de l'intervention par mail à l'adresse : cpe.admissions@vivalto-sante.com, par fax au 02.32.38.57.78

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

Je soussigné(e) :

Certifie que mon enfant n'absorbé aucun aliment solide ou liquide depuis __ __ heure(s).

Date :

Signature: