MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

Dr Xavier BABIN
RPPS 10003119244

Dr Nicolas CHOPIN
RPPS 10003134987

Dr Laetitia GAMERRE
RPPS 10004421193

Dr Olivier GIRAUD
RPPS 10001398915

Dr Baptiste GRANGIER
RPPS 10101612892

Dr Aurélia JAVAULT
RPPS 10005188809

Dr Sabrina JOMOTTE-GRANGER
RPPS 10005188874

MORPHÉE LYON
CABINET D'ANESTHÉSIE

Dr Hélène SENLIS
RPPS 10001404044

Dr Nicolas SENS
RPPS 10100466688

Dr Florent SIGWALT
RPPS 10101419421

Dr Stéphane ZURCHER
RPPS 10101459153

Cabinet d'Anesthésie
MORPHÉE LYON
17 rue Édouard Nieuport
69008 Lyon

04 81 11 17 60

sdf.morphee@gmail.com

1. VOS INFORMATIONS

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **E-mail :** _____

Téléphone : _____ **Médecin traitant :** _____

Profession : _____ **N° sécurité sociale :** _____

Poids : _____ kg **Taille :** _____ cm **Mutuelle :** _____

DOCUMENTS À APPORTER LE JOUR DE LA CONSULTATION

- ☐ **CONVOCATION À LA CHIRURGIE** — « Prière de recevoir »
- ☐ **ORDONNANCES**
- ☐ **RÉSULTATS DE PRISE DE SANG** — si vous avez des analyses récentes
- ☐ **CARTE DE GROUPE SANGUIN** — si vous en avez une
- ☐ **COMPTE RENDU DE CONSULTATION** — cardiologue ou autre spécialiste

2. INTERVENTION PRÉVUE

Type de chirurgie : _____

Chirurgien :
_____

Nature de l'intervention :
_____

Date prévue (si connue) :
_____

3. ANTÉCÉDENTS D'ANESTHÉSIE

Avez-vous déjà eu des anesthésies ?

☐ OUI ☐ NON

Avez-vous déjà eu des problèmes pendant l'anesthésie ou au réveil ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :
_____
_____
_____

4. À PROPOS DES SAIGNEMENTS

	OUI	NON
Tendance à des saignements prolongés / inhabituels ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement	☐	☐
Tendance aux ecchymoses / hématomes importants spontanés ou après un choc mineur	☐	☐
Saignement prolongé après une extraction dentaire	☐	☐
Saignement important après chirurgie (circoncision ou amygdalectomie)	☐	☐
Règles abondantes, prolongées ayant conduit à consulter ou traitement	☐	☐
Êtes-vous témoin de Jéhovah ?	☐	☐

5. PATHOLOGIES ET ANTÉCÉDENTS MAJEURS

Cochez OUI si vous avez ou avez eu l'une des affections suivantes

CARDIOVASCULAIRE

	OUI	NON
Hypertension	☐	☐
Infarctus, angine de poitrine	☐	☐
Stents, pontage	☐	☐
Insuffisance cardiaque	☐	☐
Arythmie, fibrillation auriculaire (ACFA)	☐	☐
Phlébite, embolie pulmonaire	☐	☐
Artériopathie, problème vasculaire	☐	☐
Pacemaker, défibrillateur, « pile »	☐	☐

RESPIRATOIRE

	OUI	NON
Asthme (même enfant)	☐	☐
Apnée du sommeil, ronflement	☐	☐
Insuffisance respiratoire, oxygène	☐	☐
Bronchite chronique, BPCO	☐	☐

NEUROLOGIQUE / PSY / OPHTALMO

	OUI	NON
Épilepsie, convulsions	☐	☐
AVC (accident vasculaire cérébral)	☐	☐
Parkinson, sclérose en plaques	☐	☐
Sciatique, migraine	☐	☐
Dépression, trouble bipolaire	☐	☐
Glaucome	☐	☐

DIGESTIF / HÉPATIQUE

	OUI	NON
Ulcère, brûlure d'estomac	☐	☐
Reflux gastro-œsophagien	☐	☐
Maladie du foie, cirrhose	☐	☐
Maladie de Crohn, rectocolite	☐	☐

ENDOCRINIEN / MÉTABOLIQUE

	OUI	NON
Diabète	☐	☐
Cholestérol, triglycérides	☐	☐
Problème de thyroïde	☐	☐

REIN / UROLOGIE

	OUI	NON
Insuffisance rénale, dialyse	☐	☐
Problème de prostate	☐	☐
Colique néphrétique, calcul	☐	☐

INFECTIEUX

	OUI	NON
VIH, Hépatite B, Hépatite C	☐	☐
Hospitalisation pour une infection	☐	☐

AUTRES

	OUI	NON
Autre maladie importante :	☐	☐

_____
_____

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX IMPORTANTS : _____

ALLERGIES (médicaments, alimentaires...) : _____

Les informations recueillies sont confidentielles et destinées à l'équipe médicale en charge de votre anesthésie.

MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

Dr Xavier BABIN
RPPS 10003119244

Dr Nicolas CHOPIN
RPPS 10003134987

Dr Laetitia GAMERRE
RPPS 10004421193

Dr Olivier GIRAUD
RPPS 10001398915

Dr Baptiste GRANGIER
RPPS 10101612892

Dr Aurélia JAVAULT
RPPS 10005188809

Dr Sabrina JOMOTTE-GRANGER
RPPS 10005188874

MORPHÉE LYON
CABINET D'ANESTHÉSIE

Dr Hélène SENLIS
RPPS 10001404044

Dr Nicolas SENS
RPPS 10100466688

Dr Florent SIGWALT
RPPS 10101419421

Dr Stéphane ZURCHER
RPPS 10101459153

Cabinet d'Anesthésie
MORPHÉE LYON
17 rue Édouard Nieuport
69008 Lyon

04 81 11 17 60

sdf.morphee@gmail.com

6. TRAITEMENTS ACTUELS

Merci d'indiquer tous les traitements habituels (même en automédication)

MÉDICAMENT	DOSE	MATIN	MIDI	SOIR

Certains médicaments devront être temporairement modifiés ou arrêtés pour votre intervention. Nous vous en informerons.

7. CONSOMMATIONS

Tabac

- ☐ Arrêt depuis : _____
- ☐ Oui : _____ cigarettes / jour
- ☐ Non jamais

Alcool

- ☐ Arrêt depuis : _____
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Quotidiennement
- ☐ Non jamais

Cannabis

- ☐ Arrêt depuis : _____
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Quotidiennement
- ☐ Non jamais

Autre (précisez) : _____

8. ACTIVITÉ PHYSIQUE

Concernant votre activité habituelle :

- ◯ **Très bonne :** monter plus de 2 étages, marche rapide, randonnée
- ◯ **Modérée :** monter 2 étages, ménage, jardinage
- ◯ **Faible :** marche à domicile, toilette, habillage

9. ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

Prothèses amovibles	☐ OUI	☐ NON
Implants, bridges, pivots	☐ OUI	☐ NON
Dents mobiles, déchaussées	☐ OUI	☐ NON
Problème dentaire pendant une anesthésie	☐ OUI	☐ NON

10. FEMMES UNIQUEMENT

Contraception en cours ☐ OUI ☐ NON

Règles abondantes ☐ OUI ☐ NON

Nombre de grossesses : _____

Nombre d'enfants : _____

Hémorragie importante à l'accouchement ☐ OUI ☐ NON

11. INFORMATIONS ET CONSENTEMENT

Nous autorisez-vous à accéder à votre dossier médical partagé (DMP) ?

☐ OUI ☐ NON

DATE : _____

Doctolib

Prenez rendez-vous sur Doctolib !

SIGNATURE DU PATIENT :