



Hôpital Privé
Jean Mermoz

HOPITAL PRIVE JEAN MERMOZ
CABINET D'ANESTHESIE
17 RUE NIEUPORT
69008 LYON Tél : 04 81 11 17 60/61 et Fax : 04 81 11 17 62



Pour votre sécurité et pour adapter l'anesthésie à votre situation il est impératif de répondre à ce questionnaire et d'apporter le jour de la consultation :

- ☐ **ORDONNANCES**
- ☐ **RESULTATS DE PRISE DE SANG (si vous avez des analyses récentes)**
- ☐ **CARTE DE GROUPE SANGUIN (si vous en avez une)**
- ☐ **COMPTE RENDU DE CONSULTATION (si vous avez consulté un cardiologue ou autre spécialiste)**

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
PRENOM : _____ POIDS : _____
PROFESSION : _____ TAILLE : _____
TELEPHONE : _____ NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____

ANTECEDENT D'ANESTHESIE :

Avez-vous déjà eu des anesthésies ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà eu des problèmes pendant l'anesthésie ou au réveil ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Précisez ici le(s) opérations même ancienne(s)		

DOCUMENT A
Questionnaire
Préanesthésique

ANTECEDENTS MEDICAUX :

<u>CARDIAQUE</u>	<u>NEURO/ PSY/ OPHTALMO</u>
Hypertension <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Epilepsie, Convulsion <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Infarctus, angine de poitrine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Stents, pontage <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Parkinson, Sclérose en plaque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sciatique, Migraine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Phlébite, Embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Dépression, Trouble Bipolaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Arythmie, Fibrillation Auriculaire, ACFA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Glaucome <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pacemaker, Défibrillateur, « pile » <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>REIN / UROLOGIE</u>
Artériopathie, Problème vasculaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Insuffisance rénale, Dialyse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>RESPIRATOIRE</u>	Problème de prostate <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Asthme (même enfant) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Colique néphrétique, Calcul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Apnée du sommeil, Ronflement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>ENDOCRINIEN</u>
Insuffisance respiratoire, oxygène <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Diabète <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bronchite Chronique, BCPO <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Cholestérol, Triglycérides <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>DIGESTIF</u>	Problème de Thyroïdes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Ulcère, Brûlure d'estomac <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>INFECTIEUX</u>
Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VIH, Hépatite B, Hépatite C <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Maladie du Foie, Cirrhose <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Hospitalisation pour une infection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Maladie de crohn, Rectocolite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>AUTRES :</u>

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ?

☐ Complication d'anesthésie ☐ Maladie sang : Hémophilie, Willebrand ☐ Autre : _____ ☐ NON

Docteur Xavier BABIN, Docteur Nicolas CHOPIN, Docteur Laetitia GAMERRE, Docteur Olivier GIRAUD, Docteur Sabrina GRANGER, Dr Baptiste GRANGIER

Docteur Aurélia JAVAULT, Docteur Hélène SENLIS, Docteur Nicolas SENS, Docteur Florent SIGWALT, Docteur Stéphane ZURCHER

<input type="checkbox"/> Œdème Angio-neurotique	<input type="checkbox"/> Maladie Neuro-Musculaire, Myopathie	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> NON
---	--	----------------------------------	------------------------------

ALLERGIES :

<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Alimentaire	AUTRE :	<input type="checkbox"/> NON Aucune
<input type="checkbox"/> Pénicilline	<input type="checkbox"/> Kiwi, Banane, Châtaignes, Œuf			
<input type="checkbox"/> Produit contraste iodé (scanner)	<input type="checkbox"/> Rhume des foins			

TOXIQUES :

Tabac	<input type="checkbox"/> STOP depuis....	<input type="checkbox"/> OUI	Nombre de cigarettes/jours :	<input type="checkbox"/> NON jamais	AUTRE :
Alcool	<input type="checkbox"/> STOP depuis...	<input type="checkbox"/> OUI occasionnellement	<input type="checkbox"/> OUI quotidiennement	<input type="checkbox"/> NON jamais	
Cannabis	<input type="checkbox"/> STOP depuis...	<input type="checkbox"/> OUI occasionnellement	<input type="checkbox"/> OUI quotidiennement	<input type="checkbox"/> NON jamais	
AUTRE :					

A PROPOS DES SAIGNEMENTS :

Tendance au saignements prolongés/ inhabituels (saignements nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Tendance aux ecchymoses/ hématomes importants spontané ou pour un choc mineur	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Saignement prolongé après une extraction dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomies)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Règles abondantes, prolongées ayant conduit à consulter ou traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous témoin de Jehova ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

PORTEZ VOUS ? :

CONCERNANT VOTRE ACTIVITE PHYSIQUE :

Lentilles de contact	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Très bonne à bonne : monter plus de 2 étages, marche rapide, randonnée	<input type="checkbox"/>
Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Modérée : monter 2 étages, ménage, jardinage	<input type="checkbox"/>
Matériel métallique dans le corps	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Faible : marche à domicile, toilette, habillage	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un appareil dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

FEMMES UNIQUEMENT :

ETAT BUCCO-DENTAIRE :

Contraception en cours	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Portez-vous des prothèses amovibles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Règles abondantes, prolongées ayant conduit à consulter ou traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Avez-vous des implants, bridges, ou pivots ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nombre de grossesse			Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nombre d'enfant			Avez-vous déjà eu un problème Dentaire los d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Hémorragie importante l'accouchement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Certaines de vos dents Semblent-elles plus fragiles ? lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
			Certaines de ces prothèses se descellent-elles souvent ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Il est impératif d'apporter directement TOUTES VOS ORDONNANCES ET COMPTE RENDU CARDIOLOGIQUE pour réaliser la consultation.

QUEL EST VOTRE TRAITEMENT ACTUEL ?

APPORTEZ VOS ORDONNANCES : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DOSAGE	MATIN	MIDI	SOIR
CERTAINS MEDICAMENTS POURRONT ETRE TEMPORAIREMENT MODIFIES OU ARRETES POUR VOTRE INTERVENTION				

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

Pour prendre rendez-vous



Ou en scannant notre QR code