

Dossier préopératoire  
d'anesthésie



Numéro de téléphone : .....

Langue maternelle : FR – NL – AUTRES : .....

**La première page est à remplir impérativement avant la consultation préopératoire par le chirurgien ainsi que la partie qui suit par le patient ou son médecin traitant.**

**Chirurgien**

**Diagnostic\*** : .....

**Intervention programmée\*** :  
.....

**Latéralisation\*** : G / D

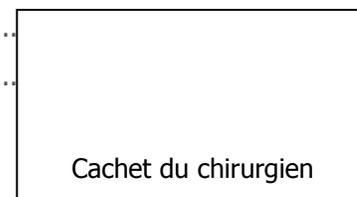
**Chirurgien\*** : .....

**Date opératoire\*** : .....

**Date d'admission\*** : .....

\* = à remplir par le chirurgien

**Same Day**



Cachet du chirurgien

**Coordonnées Médecin traitant**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Localité : .....

**Si vous êtes dans l'incapacité de vous présenter à votre rdv, veuillez téléphoner au plus tôt au 02/477.30.35**

**Pour des questions complémentaires, vous pouvez joindre l'infirmière de la consultation au 02/477.27.04**

**Questionnaire rempli par (Nom-Prénom) :**

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

Avez-vous déjà été opéré? Oui  Non

Si oui, de quoi ?

<u>Intervention</u>	<u>Hôpital- Institution</u>	<u>Année( si possible)</u>

Avez-vous eu des problèmes au cours de votre intervention ? Oui  Non

Si oui, lesquels ?

.....  
.....

Vous a-t-on signalé des problèmes avec l'anesthésie ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

Un membre de votre famille a-t-il eu des problèmes avec l'anesthésie ? Oui  Non

**ANTECEDENTS MEDICAUX :**

- **Hospitalisation :** où ? quand ? pourquoi ?

.....  
.....

- **Maladies chroniques :**

.....  
.....

## **CARDIO-RESPIRATOIRE :**

- Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ? Oui  Non   
 Palpitations ?  
 Angine de poitrine ?  
 Souffle cardiaque ?  
 Infarctus ?  
 Hypertension ?  
 Hypotension ?  
 Stents cardiaques ?  
 Trouble du rythme cardiaque ?
- Etes-vous vite à cours d'haleine ? Oui  Non   
 Au repos ?  
 Après un effort léger ?  
 Après 1 volée d'escaliers ?  
 Après plusieurs volées ?
- Avez-vous les chevilles (ou les pieds) qui gonflent ? Oui  Non
- Avez-vous déjà fait une phlébite (inflammation des veines) et/ou une embolie pulmonaire ?  
 Si oui, quand ? Oui  Non
- Souffrez-vous d'asthme ? Oui  Non   
 Si oui, fréquence des crises : combien de crises par mois ? .....  
 A quand remonte la dernière crise ? .....
- Avez-vous eu récemment une infection bronchique ou pulmonaire ? Oui  Non   
 Toussez-vous actuellement ? Oui  Non
- Souffrez-vous de bronchite chronique ? Oui  Non
- Fumez-vous ? Oui  Non   
 Si oui, combien de cigarettes par jour ? Depuis combien de temps ?  
 Fumez-vous autre chose que la cigarette ? Oui  Non   
 Consommez-vous des drogues ? Oui  Non   
 Si oui, lesquelles ? .....
- Etes-vous sujet aux apnées du sommeil ? Oui  Non   
 Si oui, bénéficiez-vous d'un appareillage médical pour ces apnées ? Oui  Non   
 Ronflez-vous ? Oui  Non

## COAGULATION :

<b>ANAMNESE COAGULATION</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Situation jamais rencontrée</b>
1. Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel, par exemple un saignement prolongé ou inhabituel de nez ou d'une petite coupure ?			
2. Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou sans traumatisme ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?			
3. Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?			
4. Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale, par exemple opération pour les végétations ou les amygdales ou après une circoncision ?			
5. Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants, par exemple la maladie de Willebrand, hémophilie ?			
6. <b><u>POUR LES FEMMES :</u></b> a) Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes, par exemple contraception orale (« pilule »), traitement par fer pour anémie ou d'un médicament pour coaguler le sang comme l'Exacyl... ?			
b) Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?			
<b>Score établi sur le nombre de « OUI » obtenu sur ces 6 questions</b>			

Avez-vous déjà été transfusé ? Quand ? Où ?

Oui  Non

En cas de nécessité, acceptez-vous les transfusions ?

Oui  Non

### **GASTRO ET ENDOCRINOLOGIE :**

- Avez-vous eu une jaunisse ? Oui  Non   
Avez-vous déjà eu une hépatite ? Oui  Non
- Consommez-vous régulièrement de l'alcool, du vin ou de la bière ? Oui  Non   
Si oui, combien ?
- Avez-vous eu un ulcère à l'estomac ? Quand ? Oui  Non   
Ou reflux (brûlant) ? Oui  Non
- Êtes-vous sujet au mal des transports ou avez-vous facilement des nausées ? Oui  Non
- Etes-vous diabétique ? Oui  Non   
Si oui, quels médicaments prenez-vous ? .....
- Souffrez-vous de problèmes thyroïdiens ? Oui  Non
- Pour les femmes, êtes-vous enceinte ? Oui  Non   
Pensez-vous qu'il soit possible que vous le soyez ? Oui  Non   
Prenez-vous une contraception ? Oui  Non

### **INFECTIOLOGIE :**

- Avez-vous été en contact récemment avec quelqu'un qui avait une maladie contagieuse ?  
Oui  Non   
Si oui, laquelle ? .....
- Avez-vous une maladie transmissible ? Oui  Non   
Si oui, laquelle ? .....

### **NEUROLOGIE :**

- Avez-vous eu des syncopes (perte de connaissance) ? Oui  Non
- Avez-vous eu des convulsions ou des crises d'épilepsie ? Oui  Non   
Si oui, à quand remonte la dernière crise ?
- Avez-vous eu une thrombose cérébrale ? Oui  Non

**ALLERGIE :**

Avez-vous des allergies (médicaments, aliments, animaux, autre) ?

Oui  Non 

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

Comment se manifestent-elles ?

.....

.....

**MEDICATION :**

Prenez-vous des médicaments ?

Oui  Non 

Si oui, lesquels ?

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage</u>	<u>Combien de fois par jour</u>	<u>Heure de prise</u>

**Partie à remplir lors de la consultation préopératoire**

**EXAMEN PHYSIQUE**

**TBEG**  **BEG**  **Cachectique**  **Pâle**  **Déshydraté(e)**  **Désorienté(e)**  **Polypnéique**

**Paramètres :**

TA :	FC :	Satu :	Taille :	Poids :
BMI :	Age :	Sexe :		

Score de Mallampati :  I  II  III  IV

Ouverture de bouche :

Mobilité du cou :

Dentition :

Dents branlantes ?

Prothèse amovible ?

Prothèse fixe ?

Auscultation cardiaque : .....

Auscultation pulmonaire : .....

Examen de l'abdomen : .....

Membres supérieurs : .....

Membres inférieurs :

Varices ?  Oui  Non

OMI ?  Oui  Non

Facteurs de risque cardiovasculaire (index revu) :

Age > 70

Maladie ischémique cardiaque, non revascularisée depuis 10 ans

Antécédent d'AIT ou d'AVC

Diabète insulino-requérant

Insuffisance rénale avec créat > 2

Décompensation cardiaque congestive

Intervention chirurgicale à haut risque (intra-abdominale,

chir cardio-thorac ou HH)

HTA

SCORE : .....

**CONCLUSION :**

Status ASA  I  II  III  IV

ASA I	Patient en bonne santé
ASA II	Patient avec pathologie systémique légère, sans limitation fonctionnelle
ASA III	Patient avec pathologie systémique modérée ou sévère avec limitation fonctionnelle
ASA IV	Patient avec maladie systémique sévère, avec limitation fonctionnelle et compromettant sa survie

Facteurs de risque :

.....  
.....

**Partie à remplir lors de la consultation préopératoire**

**EXAMENS PREOPERATOIRES DEMANDES**

- Prise de sang
- Groupe sanguin- Rai
- Electrocardiogramme
- RX thorax
- RX autre : .....

Autres examens :

.....

.....

.....