

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

À remplir, à signer et à apporter à la consultation d'anesthésie

À REMPLIR

Nom : Prénom : Date de naissance :

Âge : Poids : Taille :

Nom du pédiatre ou médecin généraliste : Dr

Nature de l'intervention :

Côté à opérer : Date de l'intervention :

Terme/ SA: Poids de naissance

Réanimation à la naissance ? OUI NON

Interventions chirurgicales sous anesthésies générales ou locorégionales ? OUI NON

Si oui, pour quelle(s) intervention(s) ? (indiquer la date pour chaque intervention)

.....

Complications signalées ? OUI NON

Problèmes d'anesthésie dans votre famille ? OUI NON

Problème dans la fratrie ? OUI NON

Hyperthermie maligne ? OUI NON

Hospitalisation pour un problème médical ? OUI NON

Motif :

Durée : Âge :

À REMPLIR

Terrain allergique- médecin spécialiste : Dr

Allergies médicamenteuses ? OUI NON

Lesquelles.....

Allergies alimentaires ? OUI NON

Lesquelles.....

Intolérance aux protéines de lait de vaches ? OUI NON

Allergies aux poils ? OUI NON Aux acariens ? OUI NON Aux pollens ? OUI NON

Rhinite allergique ? OUI NON Asthme allergique ? OUI NON

Oedème ? OUI NON Eczéma ? OUI NON

Risque hémorragique - médecin spécialiste : Dr

Antécédents dans la famille proche d'une maladie hémorragique OUI NON

Hémophilie, Willebrand, Troubles de l'hémostase :

Tendances aux ecchymoses importants (> 2 cm) pour un choc mineur OUI NON

Saignement important après une chirurgie OUI NON

Saignement prolongé après une extraction dentaire ou une coupure OUI NON

Tendance aux saignements prolongés ou inhabituels OUI NON

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

À REMPLIR

Maladies cardiaques - médecin spécialiste : Dr

Pathologies cardiaques :

Souffles aux cœurs ?..... OUI NON Réalisation d'une échographie cardiaque OUI NON

Maladies respiratoires et ORL - médecin spécialiste : Dr

Bronchiolites ?..... OUI NON Asthme ?..... OUI NON Laryngite ?..... OUI NON

Otitites à répétitions ?..... OUI NON Toux chronique ?..... OUI NON Apnée du sommeil ?... OUI NON

Pendant son sommeil votre enfant :

- Ronfle plus que la moitié du temps ?..... OUI NON
- Ronfle bruyamment ?..... OUI NON
- A du mal à respirer ou lutte pour respirer ? OUI NON
- Avez-vous déjà vu votre enfant s'arrêter de respirer pendant la nuit ?..... OUI NON
- Se réveille sans se sentir en forme (pas bien reposé) le matin ?..... OUI NON

Tabagisme des parents ?..... OUI NON

Maladies digestives et métaboliques - médecin spécialiste : Dr

Pathologies :.....

Problèmes de Diabète ?..... OUI NON Reflux gastrique ?..... OUI NON Vomissements ?..... OUI NON

Douleurs abdominales ?..... OUI NON Hormone de croissance ? OUI NON

Maladies neurologiques - médecin spécialiste : Dr

Age de la marche : Age de la position assise :

Anxiété ?..... OUI NON Epilepsie ?..... OUI NON

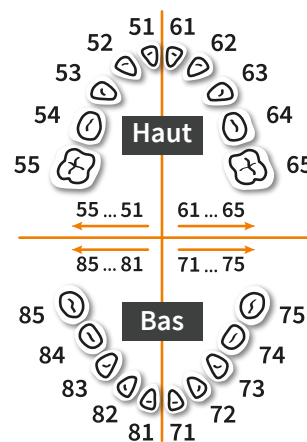
Traitement :

Calendrier Vaccinal à jour OUI NON

Notez TOUS les médicaments pris par enfant, ainsi que les doses :

Pour prévenir le risque de bris dentaire, veuillez signaler sur le schéma suivant :

- les dents abimées :
- les dents cassés :
- les appareils dentaires:
- les implants dentaires :
- les facettes :



ATTENTION !

Pensez à apporter la dernière ordonnance et les éventuels examens réalisés récemment pour votre enfant (cardiologiques, pneumologiques, biologiques...).



Le : Signature :