



## QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE MATERNITE GYNECOLOGIE

N'oubliez pas de prendre rendez-vous un mois avant l'accouchement pour la consultation d'anesthésie en téléphonant au : **04.77.36.06.00**

Madame, Mademoiselle,

Vous allez être hospitalisée pour une **intervention chirurgicale programmée** ou pour un **accouchement**. Ce questionnaire est destiné à compléter votre dossier anesthésique.

La consultation pré-anesthésique est obligatoire en cas de problèmes médicaux associés : problèmes cardio-vasculaires, antécédents de phlébite, antécédents neurologiques, diabète....

Elle permet de mettre en évidence d'éventuelles pathologies, de préciser le type d'anesthésie le mieux adapté à votre intervention, de compléter votre bilan.

Pour cette consultation, veuillez apporter :

- ✓ le présent questionnaire complété
- ✓ vos derniers examens sanguins (- de 6 mois)
- ✓ votre carte de groupe sanguin
- ✓ votre dernière ordonnance médicamenteuse

Nous vous remercions de réponse minutieusement à ce questionnaire, car il peut nous faire gagner un temps précieux en cas d'urgence.

### Votre identité

**NOM et Prénom :**

.....

**Profession :**

.....

**NOM de jeune fille :**

.....

**Adresse :**

.....

**Date de naissance :**

.....

**Téléphone :**

.....

**N° de sécurité sociale :**

.....

**Nom de votre médecin spécialiste :**

.....

**Caisse d'affiliation :**

.....

**Nom de votre médecin traitant :**

.....

**Date d'hospitalisation / d'accouchement prévue le :**

.....

### Personne à prévenir

**NOM et Prénom :**

.....

**Lien de parenté :**

.....

**Téléphone :**

.....

**Adresse :**

.....



Flashez ce code ou  
retrouvez-nous sur  
[www.hopitalprivedelaloire.fr](http://www.hopitalprivedelaloire.fr)

<b>IMPORTANT</b>			
<b>Inscrivez ici votre âge, poids, taille et groupe sanguin.</b>			
<b>Poids actuel :</b>	<b>Taille :</b>	<b>Age :</b>	<b>Groupe :</b>

1. Menez- vous une vie sédentaire ?	OUI	NON
2. Faîtes-vous du sport ? Lequel ?.....	OUI	NON
3. Fumez-vous plus de 20 cigarettes par jour ?	OUI	NON
4. Prenez-vous actuellement la pilule ?	OUI	NON
5. Prenez-vous souvent l'alcool ou des apéritifs ?	OUI	NON
6. Avez-vous un appareil dentaire (dentier, dent sur pivots, bridge) ?	OUI	NON
7. Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche au maximum ?	OUI	NON
8. Portez-vous des lentilles ?	OUI	NON

<b>Antécédents familiaux</b>		
<b>Dans votre famille proche, y a-t-il eu :</b>		
1. Des problèmes particuliers après une anesthésie ?	OUI	NON
2. Des problèmes allergiques ?	OUI	NON
3. Des cas de phlébites ou d'embolies pulmonaires ?	OUI	NON
4. Des maladies héréditaires ?	OUI	NON

<b>Appareil cardio-circulatoire</b>		
1. Avez-vous été soignée pour le cœur ?	OUI	NON
2. Pour quel type de maladie ? Traitement :.....	OUI	NON
3. Pouvez-vous donner le chiffre de votre tension artérielle ? Chiffre : .....	OUI	NON
4. Êtes-vous traitée pour de l'hypertension artérielle ? Traitement : .....	OUI	NON
5. Prenez-vous un traitement pour la circulation sanguine ? Traitement : .....	OUI	NON
6. Avez-vous des varices des membres inférieurs ?	OUI	NON
7. Avez-vous déjà eu une phlébite ?	OUI	NON



### Appareil respiratoire

1. Avez-vous été soignée pour le cœur ?	OUI	NON
---	-----	-----

### Antécédents neurologiques :

1. Avez-vous eu un coma ?	OUI	NON
2. Avez-vous fait une crise d'épilepsie ?	OUI	NON
3. Etes-vous migraineuse ? Traitement : .....	OUI	NON
4. Avez-vous été soignée pour les nerfs ? Traitement actuel: .....	OUI	NON
5. Prenez-vous un médicament pour dormir ? Traitement : .....	OUI	NON
6. Avez-vous des varices des membres inférieurs ?	OUI	NON
7. Avez-vous eu des problèmes de sciatique ?	OUI	NON

### Antécédents rhumatologiques

1. Avez-vous de l'arthrose ? Traitement : .....	OUI	NON
2. Avez-vous été soignée pour des problèmes de colonne ? Cervicale – Dorsale - Lominaire	OUI	NON
3. Maladie particulière : .....	OUI	NON

### Appareil digestif

1. Avez-vous des antécédents hépatiques ? Lesquels : .....	OUI	NON
2. Avez-vous des antécédents gastriques ? Lesquels : .....	OUI	NON
1. Avez-vous des antécédents intestinaux ? 2. Lesquels : .....	OUI	NON

### Antécédents rénaux

1. Avez-vous eu des maladies rénales ? Lesquelles ? .....	OUI	NON
--	-----	-----



## Antécédents endocriniens

1. Avez-vous du diabète ? Traitement : .....	OUI	NON
2. Avez-vous été soignée pour la thyroïde ? Maladie : ..... Traitement : .....	OUI	NON

## Antécédents allergiques :

1. Avez-vous de l'asthme ?	OUI	NON
2. Avez-vous de l'eczéma ?	OUI	NON
3. Avez-vous le rhume des foins ?	OUI	NON
4. Etes-vous allergique à certains médicaments ? Quel(s) médicament(s) : ..... Type de réaction(s) : .....	OUI	NON
5. Avez-vous déjà consommé des antibiotiques ?	OUI	NON
6. Les supportez-vous bien ?	OUI	NON
7. Etes-vous allergique au Sparadrap ?	OUI	NON

## Antécédents chirurgicaux et obstétricaux :

1. Citez toutes vos interventions : - ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - .....		
2. Citez le nombre de grossesse et fausses couches : .....		
3. Avez-vous eu un mauvais réveil ? Pourquoi ? : .....	OUI	NON
4. Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine ?	OUI	NON
5. Vous a-t-on déjà fait une anesthésie locale (dentiste) ou péridurale ?	OUI	NON



**N'oubliez pas de rapporter, lors de votre hospitalisation :**

- ✓ Ce questionnaire
- ✓ Votre carte de groupe sanguin
- ✓ Vos examens sanguins
- ✓ Tout votre dossier médical



Flashez ce code ou  
retrouvez-nous sur  
[www.hopitalprivedelaloire.fr](http://www.hopitalprivedelaloire.fr)