



CONSIGNES GENERALES DE JEUNE

Suivez les consignes de jeûne données par l'anesthésiste lors de la consultation.

À défaut :

- Compter 6 heures de jeûne pour les aliments solides ou le lait.
• Compter 2 heures pour les liquides clairs : eau, sirop, jus de pomme, café, thé, infusion.
• Ne pas fumer.
• Prendre votre traitement habituel normalement sauf avis contraire de l'anesthésiste.

RAPPEL DES REGLES D'HYGIENE

- Venir : sans bijoux (ils seront retirés, l'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol), sans maquillage, sans vernis à ongles.
• Prendre les douches préopératoires selon les consignes données par l'équipe médicale (savon ou Bétadine).

ATTESTATION

Je soussigné(e) M/Mme, certifie avoir répondu avec exactitude au questionnaire au verso et avoir reçu au cours de la consultation de pré-anesthésie une information claire et détaillée sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utile et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

Je donne mon accord pour la procédure choisie, j'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Mon accord concerne aussi la transfusion de sang et de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.

Date et signature

POUR L'HOSPITALISATION AMBULATOIRE

Je reconnais avoir pris connaissance des consignes spécifiques à la chirurgie ambulatoire :

- Etre accompagné(e) pour la sortie.

Ne pas rester seul(e) le soir de l'intervention (sauf autorisation spéciale de l'équipe médicale).

- Ne pas conduire de véhicule, ni utiliser d'outil potentiellement dangereux.

- Ne pas prendre de décision importante (signature de contrat, ...).

Date et signature

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIOUE

CADRE RESERVE AU CHIRURGIEN / OPERATEUR

Intervention / Examen :

Ambulatoire : Hospitalisation : Service :

Anesthésiste à consulter de préférence :

Technique d'anesthésie préconisée : AG ALR Topique Indifférent

Remarque :

La consultation d'anesthésie est obligatoire (sans consultation, vous ne pourrez pas être opéré(e)).

Prenez rendez-vous à la sortie de votre consultation chirurgicale au rez-de-chaussée des consultations ou en ligne sur le site de l'hôpital https://www.hopital-saint-joseph.fr ou par tél au 04.91.80.66 80.

Le RDV doit avoir lieu au plus tard deux jours avant l'hospitalisation et au moins une semaine avant si vous prenez un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire (Kardégic, Plavix, par exemple). Dans le doute appelez votre médecin traitant.

Dossier à fournir le jour de la consultation :

- Le questionnaire au verso soigneusement REMPLI (n'oubliez pas d'indiquer les traitements suivis ou apportez votre dernière ordonnance).
• Si vous en possédez : les résultats d'examen de sang et/ou les bilans cardio-vasculaires (ECG) récents.
• L'anesthésiste vous donnera tous les renseignements nécessaires concernant votre anesthésie.

Dossier à fournir le jour de l'intervention :

- Le questionnaire signé.
• La fiche d'information sur l'anesthésie, signée.
• Les examens complémentaires si vous en avez.
• Le compte-rendu de la consultation d'anesthésie.
• Le document concernant la « personne de confiance ».
• Autorisation de transmission des données médicales.



QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE

Form fields for personal information: Nom, Prénom, Date de naissance, Âge, Profession, Médecin traitant, Taille, Poids.

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? oui non

Si oui :

Intervention(s) chirurgicale(s) oui non

Date et type de l'intervention

-
•
•
•
•

Autres :

Avez-vous bien supporté les anesthésies :

- Générales oui non
Locales oui non

Avez-vous été transfusé ? oui non

Avez-vous connaissance d'un accident d'anesthésie dans votre famille ? oui non

Etes-vous allergique ? oui non

Si oui :

- Pénicilline Antibiotiques Iode
 Kiwis - bananes - avocats Aspirine Latex
 Bétadine Autres

Suivez-vous un traitement ? oui non

- Nom des médicaments et dose quotidienne
•
•
•
•
•

Consommez-vous ?

- Des cigarettes : oui non si oui, quantité journalière
De l'alcool : oui non si oui, quantité journalière
De la drogue : oui non

Avez-vous une prothèse dentaire ? oui non

Avez-vous des dents fragiles, qui bougent ? oui non

Avez-vous déjà été soigné(e) pour :

- Une maladie cardio-vasculaire
• Angine de poitrine ou infarctus oui non
• Insuffisance cardiaque oui non
• Palpitations, troubles du rythme oui non
• Hypertension artérielle..... oui non
• Artérite oui non
• Phlébite oui non
• Autre (embolie, etc.) oui non

- Les poumons
• Asthme oui non
• Bronchite chronique oui non
• Autre oui non

L'estomac (gastrite, ulcère, hernie hiatale) oui non

Le foie oui non

Le diabète oui non

Un problème thyroïdien oui non

Des maladies rénales, prostate oui non

Tétanie - spasmodiphilie oui non

Une dépression nerveuse oui non

Une maladie neurologique oui non

- Accident vasculaire cérébral, paralysie oui non
Des pertes de connaissance oui non
Convulsions, crises d'épilepsie oui non
Maladie de Creutzfeld-Jakob oui non

Les yeux

- Glaucome, décollement de rétine..... oui non

Une maladie du sang

- Anémie oui non
Trouble de la coagulation oui non
Saignement anormal après des coupures, une extraction dentaire, pendant les règles..... oui non
Saignements de nez nécessitant une consultation oui non
Hématomes (« bleus ») fréquents oui non

Myopathie, myasthénie, porphyrie oui non

Est-il possible que vous soyez enceinte ? oui non

Êtes-vous séropositif : HIV, Hépatite C ? oui non

Avez-vous reçu de l'hormone de croissance d'origine humaine ? oui non

Dans votre famille, vous a-t-on signalé :

Allergies sévères, maladie musculaire, porphyrie, maladie de Creutzfeld-Jakob oui non

Autre commentaire :

.....
.....
.....