

QUESTIONNAIRE ANESTHESIE - SEDATION ADULTE

Ce questionnaire est strictement confidentiel et sera remis au médecin qui réalisera l'anesthésie / la sédation. Il sert **uniquement à assurer les soins les mieux adaptés à votre état de santé.**

Consignes préparatoires :

- Le jour de l'intervention : enlevez dentiers, lunettes, lentilles de contact, piercings, appareils auditifs, faux ongles. Ne portez ni bijoux, ni montre, ni bagues. Enlevez vernis à ongles et maquillage. **Tout corps ou objet instable, détachable ou abîmé peut être lésé ou perdu lors d'une intubation ou autre manipulation en salle d'intervention.**

- Sauf avis contraire de la part du médecin, continuez à prendre les médicaments que vous avez l'habitude de prendre (y compris les somnifères). **Prévenez toujours bien à l'avance le médecin qui pratiquera l'intervention si vous suivez un traitement par anti-agrégants autres que l'aspirine, par anticoagulants oraux ou en injection, ou nouveaux anticoagulants.** Si, d'habitude, vous mettez des gouttes dans les yeux, n'oubliez pas de les mettre le matin de l'intervention. N'enlevez pas vos patches (anti-douleur,...)

- Ne fumez pas.

- **SAUF directives spécifiques à votre intervention qui vous seraient communiquées à part par votre médecin,** les règles « générales » de jeûne sont : Vous pouvez consommer ce qui suit :

- jus qu'à 6 heures avant l'intervention : aliments solides légers, liquides non clairs (lait, soupe, jus de fruit, boissons pétillantes)
- jus qu'à 2 heures avant l'intervention : liquides clairs (eau plate, café ou thé sans lait, jus de pomme sans pulpe). UN VERRE MAXIMUM.
- jus qu'à 1 heure avant l'intervention : médicaments avec une gorgée d'eau.

Ces directives doivent être respectées en cas d'anesthésie générale, loco-régionale ou en cas de sédation interventionnelle. Le non-respect des directives concernant le jeûne entraînera le report de l'intervention au vu des risques associés pour votre santé.

Dans le cas d'une anesthésie liée à une intervention chirurgicale :

Il vous est demandé de remplir ce questionnaire et de l'apporter avec vous le jour de l'intervention afin de le remettre à l'anesthésiste. Vous pouvez le remplir avec l'aide de votre médecin traitant. N'hésitez pas à emmener tous les examens que vous jugerez utiles (dernière prise de sang, consultation de médecin spécialiste ou un dossier résumant ceux-ci fourni par votre médecin traitant). Ce questionnaire sera discuté avec l'anesthésiste avant votre anesthésie. En cas d'admission urgente ou admission le jour même de l'opération, l'anesthésiste sera disponible pour toutes informations et questions en salle d'opération avant le début de l'opération.

Dans le cas d'une sédation interventionnelle:

Ce questionnaire est destiné au médecin qui effectuera la sédation : médecin anesthésiste, urgentiste, gastro-entérologue ou autre spécialiste. Vous pouvez le remplir avec l'aide du médecin.

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|---------------|-------------------|--------------|----------------|--|-----|-----|---|---|---|
| Intervention prévue : | | Gauche/Droite | Date prévue : |/...../..... | | | | | | | | |
| Quel est votre poids ? | | Votre taille ? | | Votre âge ? | | | | | | | | |
| Avez-vous déjà subi d'autres interventions ? Si oui, lesquelles ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Si oui, quel type d'anesthésie ? (entourez) | | anesthésie générale | péridurale | rachidienne | bloc nerveux | locale | | | | | | |
| En avez-vous gardé des mauvais souvenirs ? | | nausées | douleurs | tremblements | céphalées | autres : | | | | | | |
| Avez-vous ou un membre de votre famille eu des complications en relation avec l'anesthésie ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Si oui, lesquelles ? | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous déjà été hospitalisé en soins intensifs ? Si oui, précisez | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Système pulmonaire | | | | | | | | | | | | |
| Souffrez-vous de (entourez) asthme, de bronchite, d'emphysème ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Fumez-vous ou avez-vous fumé ? Si oui, précisez | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Souffrez-vous d'apnées du sommeil ? Si oui, êtes-vous appareillé ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Ronflez-vous bruyamment plusieurs fois par semaine ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Quelqu'un a-t-il observé que vous faites des apnées durant votre sommeil ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Votre sommeil est-il réparateur ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Combien d'étages êtes-vous capable de monter à pied ? | | | | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | + |
| Êtes-vous limité physiquement dans vos activités quotidiennes ? (cuisine, ménage, jardin) | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Quel(s) sport(s) pratiquez-vous régulièrement ? | | | | | | | | | | | | |
| Système cardiovasculaire | | | | | | | | | | | | |
| Souffrez-vous d'extrasystoles, de palpitations ou d'un rythme irrégulier (fibrillation auriculaire, autre ?) ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Souffrez-vous d'angine de poitrine ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Avez-vous actuellement un souffle au cœur connu ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Êtes-vous soigné pour une hypertension artérielle ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Faites-vous régulièrement des syncopes ? Si oui, précisez | | | | | | | | OUI | NON | | | |
| Vos pieds sont-ils gonflés le soir ? | | | | | | | | OUI | NON | | | |

| | | |
|--|-------------|---------------------------|
| Avez-vous fait une thrombose, un accident vasculaire cérébral ? | OUI | NON |
| Avez-vous un pacemaker, un défibrillateur implantable ou un stent ? | OUI | NON |
| Allergies | | |
| Sparadrap | OUI | NON |
| Caoutchouc, latex | OUI | NON |
| Produits utilisés chez le dentiste ou au cours d'un examen radiologique | OUI | NON |
| Antibiotiques, sulfamidés ? Lesquels ? | OUI | NON |
| Autre médicament ou désinfectant ? Lesquels ? | OUI | NON |
| Fruits et légumes : kiwi, bananes, tomates, autres : | OUI | NON |
| Rhume des foins ou d'eczéma ? | OUI | NON |
| Comment se manifestent vos allergies ? | urticaire | conjonctivite |
| | rhinite | difficultés respiratoires |
| | hypotension | œdème/gonflement |
| Coagulation | | |
| Avez-vous saigné abondamment et longtemps (plus de 6 heures) après une extraction dentaire ou une intervention chirurgicale ? | OUI | NON |
| Avez-vous ou un membre de votre famille une tendance anormale au saignement ou une maladie de la coagulation (Hémophilie, von Willebrand, ...)? | OUI | NON |
| Avez-vous des hématomes spontanés (ecchymoses) ? | OUI | NON |
| Avez-vous déjà fait des phlébites ou une embolie pulmonaire ? | OUI | NON |
| Prenez-vous des médicaments pour diluer le sang ? | OUI | NON |
| Avez-vous déjà été transfusé ? | OUI | NON |
| Si oui, dans quelle situation ? | | |
| Système digestif et endocrinien | | |
| Souffrez-vous d'ulcère à l'estomac, gastrite, hernie hiatale ou hépatite ? | OUI | NON |
| Quelle quantité d'alcool prenez-vous par jour ? | | |
| Suivez-vous un régime particulier ? | OUI | NON |
| Êtes-vous en traitement pour perdre du poids ? | OUI | NON |
| Souffrez-vous de diabète ? | OUI | NON |
| Souffrez-vous de troubles de la thyroïde ? | OUI | NON |
| Mais encore... | | |
| Êtes-vous en traitement pour une maladie nerveuse ? Si oui, spécifiez épilepsie, Parkinson, dépression, autres : | OUI | NON |
| Souffrez-vous de hernie discale ou de sciatique ? | OUI | NON |
| Souffrez-vous d'insuffisance rénale ? Etes-vous suivi en dialyse ? | OUI | NON |
| Souffrez-vous de myasthénie, porphyrie, hyperthermie maligne ? | OUI | NON |
| Souffrez-vous de glaucome ? | OUI | NON |
| Avez-vous pris de la cortisone (gélules, spray ou injection) ces 12 derniers mois ? | OUI | NON |
| Avez-vous séjourné dans une zone à malaria au cours des 3 derniers mois ? | OUI | NON |
| Prenez-vous des drogues ou autres stimulants? | OUI | NON |
| Si oui, entourez : amphétamines, cannabis, cocaïne, crack, XTC, héroïne, MDMA, codéine, oxycodone, autres : | | |
| <i>La prise récente de stimulants ou de stupéfiants peut mettre votre santé en danger au cours de l'anesthésie/ la sédation.</i> | | |
| Êtes-vous porteur d'une maladie transmissible ? Si oui, laquelle ? | OUI | NON |
| Avez-vous des dents instables ou abîmées ? Si oui, précisez..... | OUI | NON |
| Portez-vous un bridge, un dentier, des pivots, des implants dentaires ? (si oui, entourez lequel) | OUI | NON |
| Pour les patientes | | |
| Prenez-vous une contraception ? Si oui, précisez..... | OUI | NON |
| Se pourrait-il que vous soyez enceinte actuellement ? | OUI | NON |
| Quel(s) médicament(s) prenez-vous actuellement ? Suivez-vous d'autres thérapies (homéopathie, plantes médicinales, suppléments nutritionnels) ? | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Voulez-vous encore signaler quelque chose qui vous paraît important ? | | |
| | | |
| | | |

Je confirme avoir été suffisamment informé sur l'anesthésie/ la sédation et les risques éventuels, les effets secondaires et les alternatives par la brochure informative, le site internet et/ou le médecin et j'y consens. Je suis d'accord que le type d'anesthésie, de sédation et/ou d'analgésie peut être modifié à mon insu au cours de l'opération lorsque cela se révèle nécessaire.

En conséquence, je donne mon consentement pour l'anesthésie/la sédation ou tout autre acte médical urgent jugé nécessaire par le médecin.

Date :

Signature du patient ou de son représentant légal :

Réserve au médecin

J'atteste avoir donné au patient (ou son représentant légal) toute information nécessaire adaptée à sa situation et permettant sa meilleure compréhension notamment concernant les avantages et risques potentiels.

Date :

Signature du médecin:

- A.G. PERI RACHI SEQ. BLOC SED.
 risque SAOS risque IOT difficile – matériel préparé