

S.E.L.A.R.L. CONVERGENCE (C.O. n° 10)
Société de Médecins Spécialistes en Anesthésiologie-Réanimation
Nouvelles Cliniques Nantaises – 3 Rue Eric Tabarly – 44277 NANTES cedex 2
Tél. 0 228 255 169 - Fax. 0 228 255 184

Médecins anesthésistes-réanimateurs :

Docteur Nicolas BAZIN
 Docteur Jean BECHWATI
 Docteur Monique COISY
 Docteur Nicolas FAUCHOUX
 Docteur Julien FRAPPIER
 Docteur Yvon GEFFROY
 Docteur Yvon GOARIN
 Docteur Anne LE CORRE
 Docteur Olivier LEJEUNE
 Docteur Patrick MAGERAND
 Docteur Dominique MOREAU- LAPLANCHE
 Docteur Alain PERON
 Docteur Yves PICHON
 Docteur Denis PORTIER
 Docteur Jean-Luc RENAC
 Docteur Richard SANCHEZ
 Docteur Dominique SOULARD

Nom – Prénom -----

Téléphone -----

Médecin traitant-----

Nom du chirurgien-----

Nature de l'intervention -----

Date de l'intervention -----

| |
|--|
| QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE ENFANT |
| (<15 ans) |

Madame, Monsieur,

Votre enfant va subir une intervention chirurgicale qui va nécessiter une anesthésie générale. Afin de mieux le connaître, nous vous demandons de bien vouloir remplir le présent questionnaire.

Vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant, si une question vous paraît difficile.

Merci de **le rapporter lors de votre consultation d'anesthésie.**

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Age :** _____ **Poids :** _____

❖ De quoi votre enfant va-t-il se faire opérer ?

Date : _____ **Nom du chirurgien :** _____

❖ Antécédents chirurgicaux

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? (paracentèse, végétation, autre...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisez : _____ A quel âge ? _____

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Y a-t-il eu un problème d'anesthésie ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Lequel ? _____

| | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A-t-il été transfusé ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|

❖ Antécédents médicaux

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Votre enfant a-t-il été hospitalisé pour une raison médicale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Précisez : _____ A quel âge ? _____

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Votre enfant a-t-il une <u>maladie cardiaque</u> ? un souffle au cœur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A-t-il fait une <u>maladie pulmonaire</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Précisez : _____

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fait-il de l' <u>asthme</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Fréquence des crises : _____ Date dernière crise : _____

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A-t-il fait des <u>convulsions</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

TSVP

Oui Non

A-t-il un retard psychomoteur ?

A quel âge a-t-il marché ? _____ En quelle classe est-il ? _____

Fait-il du sport ?

Lequel ? _____

❖ **Antécédents hémorragiques**A-t-il tendance à saigner anormalement ? (fréquemment ou longtemps)

(chute de cordon ombilical, nez, gencives, lors d'une plaie, de soins dentaires ou de chirurgie)

Fait-il des hématomes facilement ? de grosses bosses ?

Précisez : _____

❖ **Votre enfant a-t-il été récemment malade ?**

Précisez : _____

Traitement : _____

Est-il enrhumé ? Tousse-t-il ? **Votre enfant prend-il des médicaments ?**

Traitement habituel et posologie : _____

A-t-il pris un anti-inflammatoire dans les 10 derniers jours (Aspirine, Advil, Nuréflex, Nifluril...) ❖ **Antécédents allergiques**Votre enfant a-t-il déjà fait des allergies ? Eczéma, urticaire ? Allergie alimentaire ? (œuf, avocat, kiwi, noix de Pécan, châtaigne, fruit de la passion) Latex (gonflement des lèvres avec un ballon de baudruche...), iode ?

Précisez : _____

❖ **Antécédents familiaux**Y a-t-il dans votre famille des personnes allergiques ? Y a-t-il des myopathies (maladies musculaires) ? des personnes handicapées ? - des troubles de la coagulation (hémophilie, maladie de Willebrand) ? - des maladies du sang (thalassémie, drépanocytose...) ? - d'autres maladies héréditaires ? Y a-t-il eu des accidents d'anesthésie (hyperthermie, curarisation prolongée...)

Précisez : _____

❖ **Autres questions**A-t-il un appareil dentaire ? A-t-il une dent mobile ? Une dent cassée ?

Autres informations susceptibles de nous intéresser : _____

Fait le : _____

Signature des parents :