

Quand le patient informe l'anesthésiste-réanimateur :

Madame, Monsieur,

Vous devez rencontrer quelques jours avant votre intervention un médecin anesthésiste-réanimateur.

Cette consultation a pour buts :

- d'envisager avec vous quelle anesthésie et quels traitements postopératoires sont les plus adaptés à votre cas,
- de vous en informer,
- de répondre au mieux à vos questions sur l'anesthésie.

Pour cela, il est important de mieux vous connaître.

Si vous avez à votre disposition :

- des **courriers** ou **examens de spécialistes** (cardiologue, pneumologue...),
- des résultats de **prise de sang**,
- des **ordonnances** (prescription de médicaments).

➤ N'oubliez pas de **LES APPORTER A LA CONSULTATION**.

Voici quelques questions simples. **Merci d'y répondre le plus clairement possible** (vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant ou par un proche).

Vous participerez ainsi à préparer votre rencontre avec l'anesthésiste-réanimateur.

L'équipe d'anesthésie.

NOM d'usage :

Prénom :

(NOM de naissance :)

Date de naissance : / / (âge :)

Votre **Poids :**

Votre **Taille :**

De quoi avez-vous déjà été **opéré ?**

- - -
- - -
- - -

Avez-vous déjà présenté des **difficultés lors d'une anesthésie** ? OUI/NON

Si OUI, précisez :

Prenez-vous des **médicaments** ? OUI/NON (APPORTEZ TOUTES VOS ORDONNANCES)

- - -
- - -
- - -

Avez-vous des **maladies particulières** ? OUI/NON

Si OUI, précisez :

Par quels médecins spécialistes êtes-vous suivi ? :

De quand date la dernière **consultation avec ces spécialistes** ? :

Avez-vous déjà été **hospitalisé** (en dehors des opérations) ? OUI/NON

- - -
- - -

Etes-vous **allergique** à un médicament ou un aliment ? OUI/NON

- - -
- - -

Avez-vous déjà vu un médecin pour un problème de **saignement** ? OUI/NON

Avez-vous déjà fait une **phlébite** ou une **embolie pulmonaire** ? OUI/NON

Avez-vous un appareil pour de l'**apnée du sommeil** ? OUI/NON

Avez-vous des **dents** refaites, changées, déchaussées ou qui bougent ? OUI/NON

Avez-vous fumé ou **fumez-vous** encore ? OUI/NON

Avez-vous **d'autres addictions** (alcool, cannabis, drogues) ? OUI/NON

Date :

Signature :