



PÔLE ANESTHÉSIE – RÉANIMATIONS
CONSULTATIONS D'ANESTHÉSIE
HÔPITAL BRETONNEAU – 2 Boulevard Tonnellé à Tours

Secrétariat : 02.18.37.06.00
Courrier électronique : consult.anesth.B3@chu-tours.fr
Fax : 02.47.47.82.13

QUESTIONNAIRE DE PRÉ-ANESTHÉSIE

Madame, Monsieur,

Merci, avant de rencontrer le médecin anesthésiste-réanimateur, de remplir ce questionnaire ainsi que les scores qui y figurent. Ils permettent d'évaluer la probabilité de survenue d'effets indésirables ou de complications que nous pourrions ainsi mieux anticiper.

N'oubliez pas d'amener **vos ordonnances** de traitement habituel ainsi que les **comptes rendus de consultation de spécialiste** (cardiologue, neurologue...), les **examens de laboratoire** (carte de groupe sanguin...), **radiographies pulmonaires** et **électrocardiogrammes**...

L'équipe d'Anesthésie

Nom : Prénom :

Age : ans

Taille : cm

Poids : kg

Prenez-vous un traitement actuellement ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Matin	Midi	Soir	Coucher

Prenez-vous occasionnellement de l'aspirine ? Oui Non

Avez-vous fumé ? Oui Non

Si oui, combien de cigarettes / jour : Année de l'arrêt :

Fumez-vous actuellement ? Oui Non

Si oui, combien de cigarettes / jour :

Consommez-vous plus de 500 ml (1/2 litre) d'alcool par jour ? Oui Non

Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui : Alimentaire :
Produits : Latex Iode Autre :
Médicament :
Autre :

Avez-vous déjà bénéficié (depuis l'enfance) d'une chirurgie ou d'une anesthésie ? Oui Non

Quel était le motif :
.....
.....
.....

Y a-t-il eu des complications ? Oui Non

Avez-vous été transfusé ? Oui Non

Si oui, année de la dernière transfusion :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie cardiaque ou vasculaire** ? Oui Non

Hypertension artérielle Trouble du rythme Insuffisance cardiaque Infarctus
Angine de poitrine Embolie pulmonaire Varices Phlébite
Autres :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie pulmonaire** ? Oui Non

Asthme Bronchite tous les hivers Pleurésie
Autre :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie digestive** ? Oui Non

Reflux oesophagien Ulcère Hernie hiatale Hépatite
Autre :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie urinaire** ? Oui Non

Pyélonéphrite Colique néphrétique Infection urinaire à répétition
Autre :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie neurologique** ? Oui Non

Crises d'épilepsie Migraines Accident vasculaire cérébral
Sclérose en plaques Maladie de Creutzfeld-Jacob
Autres :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie rhumatologique** ? Oui Non

Laquelle :

Avez-vous actuellement ou dans le passé des problèmes de **colonne vertébrale** ? Oui Non

Sciatique Lumbago Fracture(s) ou tassement(s) de vertèbre(s)

Avez-vous :

- les **dents** qui bougent ou sont susceptibles de tomber ? Oui Non
- des **bridges** ou des **dents sur pivots** ? Oui Non

Portez-vous un ou des **appareil(s) dentaire(s)** ? Oui Non

Avez-vous actuellement ou dans le passé un **glaucome** ? Oui Non

Avez-vous, actuellement ou dans le passé :

Diabète **Cholestérol** **Acide urique** **Hyperthyroïdie** **Hypothyroïdie**

Avez-vous dans votre famille :

- des maladies qui surviennent fréquemment (héréditaires) ? Oui Non
- des antécédents d'un problème lors d'une anesthésie ? Oui Non

Madame : êtes-vous enceinte ou existe t'il une probabilité de grossesse ? Oui Non

Avez-vous actuellement ou dans le passé une maladie que nous n'avons pas évoquée ? Oui Non

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

Calculez votre **risque de nausée et de vomissement postopératoires**

	<i>Réponse</i>	
Sexe féminin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Non fumeur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Antécédents de nausée et de vomissement postopératoires ou de mal des transports	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Morphiniques postopératoires (à remplir par le médecin)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	<hr/>	
	Nombre de « oui » =	

Un traitement préventif sera institué à partir de 2 réponses « oui »

Calculez votre **risque d'avoir une anomalie de l'hémostase**

	<i>Réponse</i>	
Prenez-vous actuellement des médicaments contenant de l'aspirine ou un anti-inflammatoire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous actuellement des médicaments anticoagulants ou destinés à fluidifier le sang ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà présenté des problèmes de saignement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faites-vous facilement des « bleus » de plus de 2 cm (spontanément ou pour un choc mineur) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Saignez-vous du nez ayant déjà nécessité une consultation ou un traitement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Saignez-vous lorsque vous vous brossez les dents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà présenté des vomissements de sang ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu du sang dans les selles ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté des selles noires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lorsque vous vous blessez, avez-vous l'impression de saigner longtemps ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Présentez-vous des saignements gynécologiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté des problèmes de saignement prolongé ou important au cours d'extractions dentaires, d'interventions chirurgicales ou d'un accouchement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté d'autres problèmes de saignement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que certains membres de votre famille présentent des problèmes de saignement (hémophilie, maladie de Willebrand) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	<hr/>	
	Nombre de « oui » =	

En cas de réponses positives, selon le contexte chirurgical, des examens complémentaires pourront être demandés.

Calculez votre risque d'avoir un syndrome d'apnées du sommeil

Êtes-vous appareillé pour un syndrome d'apnées du sommeil ?

Oui Non

Avez-vous eu un enregistrement à la recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil ?

Oui Non

⇒ Si vous avez répondu « Non » aux questions précédentes, veuillez alors calculer votre risque d'avoir un syndrome d'apnées du sommeil :

	<i>Réponse</i>
Avez-vous un ronflement sonore (entendu porte close) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous fatigué, somnolent pendant la journée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A-t-on observé des pauses respiratoires pendant votre sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une hypertension artérielle, traitée ou non ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Âge supérieur à 50 ans ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Tour de cou supérieur à 40 cm ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sexe masculin ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Indice de Masse Corporelle : pour le calculer (le médecin pourra vous aider)	
• votre poids (en kg) / votre taille (en m) = <input type="text"/>	
• puis recopiez le résultat <input type="text"/> / votre taille (en m) = <input type="text"/> supérieur à 35 kg/m ² ?	
Nombre de « oui » =	

Si trois réponses au moins sont positives, le diagnostic de SAOS est probable. Le Service d'ORL, spécialisé dans ce domaine, pourra vous contacter. **Pour cela, merci de donner votre adresse mail :**

..... @

Si vous avez plus de 40 ans :

calculez votre risque cardiaque postopératoire

	<i>Réponse</i>
Chirurgie intra-abdominale (à remplir par le médecin) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents d'insuffisance cardiaque ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents d'accident vasculaire cérébral (« attaque »), d'accident ischémique transitoire, d'hémorragie méningée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un diabète insulino-dépendant (traitement par l'insuline) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une insuffisance rénale chronique (créat. préop. > 177 mmol/l)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nombre de « oui » =	

A partir de 2 réponses « oui », le risque est supérieur à 5 %.

Si vous fumez actuellement plus de 10 cigarettes par jour :
 calculez votre **risque de dépendance**

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	dans les 5 premières minutes	3
	entre 6 et 30 minutes	2
	entre 31 et 60 minutes	1
	après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	oui	1
	non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	la première le matin	1
	n'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	oui	1
	non	0
Lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée, fumez-vous ?	oui	1
	non	0
<i>Total =</i>		<u> </u>

Si le total est supérieur ou égal à 6, vous êtes dépendant. Selon l'intervention, une substitution nicotinique sera envisagée.

Si vous arrêtez de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention, le risque de complications dues au tabac disparaît.

Un arrêt 3 à 4 semaines avant l'intervention apporte un bénéfice sur tous les paramètres opératoires.

Merci de prendre connaissance, de dater et de signer l'information concernant le recueil des données dans le cadre des études observationnelles, **que vous trouverez page suivante.**

DATE : Signature :



RECUEIL DE DONNÉES DANS LE CADRE DES RECHERCHES OBSERVATIONNELLES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le Service d'Anesthésie-Réanimation du Centre Hospitalier et Universitaire de TOURS effectue régulièrement des recherches observationnelles, c'est-à-dire ne modifiant pas la prise en charge habituelle des patient(e)s. Ces études peuvent être rétrospectives (débutées après la sortie du patient de l'hôpital) ou prospectives (débutées au moment de l'hospitalisation). Elles nécessitent le recueil d'informations dans les dossiers ou au cours de l'hospitalisation, de paramètres tant cliniques (âge, poids, taille, pression artérielle, fréquence cardiaque...), biologiques (hémoglobine, temps de coagulation, glycémie...) ou radiologiques (données d'interprétation, dose de rayon reçue...).

Les résultats de ces travaux permettent d'apporter des informations qui favorisent le développement des connaissances dans tous les domaines de la santé comme, par exemple, la thérapeutique, la qualité des soins, la prise en charge de la douleur... Elles ne sont qu'une première étape dans la recherche et devront être confirmées, ensuite, par des études complémentaires prospectives, afin de permettre l'essor de nouvelles méthodes de diagnostic, de nouveaux traitements chirurgicaux ou médicaux.

Pour être menées à bien, ces recherches observationnelles nécessitent la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données recueillies, afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant ces données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité, ces données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge du suivi auront connaissance de ces données nominatives.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, si vous êtes inclus(e) dans une étude observationnelle, celle-ci sera systématiquement déclarée à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) pour obtenir son autorisation préalable. Les données recueillies au cours de l'hospitalisation ne seront pas utilisées plus de quatre ans après l'hospitalisation et accessibles dans les conditions prévues par l'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique.

Si vous ne souhaitez pas que les données recueillies lors de l'hospitalisation (cliniques, biologiques, radiologiques) soient utilisées dans une étude observationnelle, merci d'en informer le Professeur Laffon (Service d'Anesthésie-Réanimation 1 - CHR Bretonneau - 37044 Tours Cedex 9). Sachez que votre refus peut être décidé à tout moment et qu'il ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge. Si vous refusez de participer, les données ne seront pas utilisées et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Je soussigné(e) Mme, Mr déclare avoir pris connaissance de cette information concernant le recueil des données dans le cadre des études observationnelles.

Date : ___/___/___

Signature