

Madame,

Ce questionnaire médical est destiné à mieux vous connaître avant votre (éventuelle) anesthésie.

Remplissez-le avec soin **RECTO VERSO** et remettez-le ensuite à la consultation de maternité.

Votre état-civil

NOM DE NAISSANCE : _____ **Prénom :** _____

NOM D'USAGE : _____

Date de naissance : ____/____/____ (âge : ____ ans) **Tél. :** _____

Profession : _____

Votre poids avant la grossesse : _____ **Votre poids actuel :** _____ **Votre taille :** _____

Nombre de grossesse(s) interrompue(s) (fausse-couche, IVG) : _____ **Nombre d'accouchement(s) :**

- par voie basse : _____
- par césarienne : _____

Vos antécédents

• **Avez-vous (déjà eu) des problèmes de santé (en dehors ou pendant la grossesse) ?** OUI NON

- Cardiovasculaires

Souffle au cœur HTA Varices Phlébite Embolie pulmonaire Autres

Précisions / traitement _____

- **Pulmonaires** Asthme Autre

Précisions /date / traitement _____

- **Gastro-intestinaux** Reflux gastrique Ulcère Autre

- **Endocriniens** Diabète Diabète gestationnel Thyroïde Autre

Précisions / traitement / suivi _____

- **Maladie des reins** Infections urinaires fréquentes Autre

- **Maladie du foie** Hépatite Stéatose / Cirrhose

Précisions / traitement / suivi _____

- **Maladie neurologique ou neuromusculaire**

Epilepsie Migraine Dépression nerveuse Autres

Précisions / traitement / suivi _____

- **Problèmes de colonne vertébrale**

Scoliose Lumbago / Sciatique Fracture de vertèbres Autres

• **Avez-vous déjà été opérée ?** OUI NON
 Si oui, précisions / date(s) _____

Type d'anesthésie
 Anesthésie générale Anesthésie locale Anesthésie locorégionale
 (Anesthésie d'une partie du corps)

• **A votre connaissance, ces anesthésies se sont déroulées normalement ?** OUI NON
 • **Vous a-t-on signalé un accident allergique ou un autre problème au cours de ces anesthésies ?** OUI NON
 Si oui, précisions / date _____

• **Chez vos proches parents y a-t-il eu un accident au cours d'une anesthésie ?** OUI NON
 NE SAIT PAS

• **A votre connaissance, êtes-vous allergique à ?**
 ○ Des médicaments : (précisez) _____ OUI NON
 ○ Des aliments : (précisez) _____ OUI NON
 ○ Acariens Pollens Rhume des foins Latex Poils d'animaux Autres
 Précisions / type de réaction _____

Questionnaire risque hémorragique

Les items suivants peuvent évoquer la possibilité d'un trouble de l'hémostase	OUI	NON	Situation jamais rencontrée
1. Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel ; par exemple un saignement de nez ou une petite coupure ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou traumatisme ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale (par exemple opération pour les végétations ou les amygdales) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants (par exemple maladie de Willebrand, hémophilie) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Avez-vous :			
a) consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes par exemple contraception orale (« pilule ») traitement par fer, médicament pour coaguler le sang comme l'Exacyl, etc. ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) saigné de façon anormale après un accouchement (hémorragie de la délivrance) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

• **Avez-vous déjà eu une anesthésie péridurale ?** OUI NON
 Si oui, en quelle(s) année(s) _____
 Elle s'est déroulée sans problème ? OUI NON
 Elle a été peu efficace ou efficace d'un seul côté ? OUI NON
 Il y a eu des effets indésirables ou complications notables ? OUI NON
 Précisez _____

• **Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?** OUI NON
 • **Fumez-vous ?** OUI NON
 • **TRAITEMENT : prenez-vous actuellement des médicaments (ou en avez-vous pris récemment) ?** OUI NON
 Lesquels ? _____

• **Avez-vous d'autres problèmes médicaux à signaler, ne figurant pas dans ce questionnaire ?** OUI NON
 Précisez _____

Date : ____/____/____

Signature de la patiente :