

CE DOCUMENT DOIT ABSOLUMENT ÊTRE REMPLI AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Questionnaire Pré-opératoire

Enfant

Vignette d'identification patient

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Date et heure d'entrée : ___ / ___ / _____ H ___

Type d'hospitalisation : Hospi. classique ClIJ

Catégorie de chambre : SC

CP

CP (raison médicale)

CP (membre personnel)

Durée de séjour prévue : ___ nuit(s)

Date et heure de l'intervention : ___ / ___ / _____ H ___

Libellé(s) d'intervention : _____

Côté : gauche droit

Durée de l'intervention : ___ min

RECOMMANDATIONS PRE-OPERATOIRES POUR L'INFIERMIERE

Prémédication

RECOMMANDATIONS PRE-OPERATOIRES POUR LE PATIENT

A) Heure d'admission

1. Clinique d'un jour : l'heure d'admission vous sera communiquée lors de votre appel téléphonique la veille, jour ouvrable, de l'intervention entre 14h et 17h au 081 720 518.
2. Hospitalisation : votre chirurgien vous aura peut-être indiqué votre heure d'admission. En cas de changement, vous serez contacté par son secrétariat au plus tard la veille de votre intervention. Si l'heure d'admission ne vous a pas été communiquée lors de la consultation, elle vous sera transmise au plus tard la veille de l'intervention.

B) Jeûne

A jeun à partir de 00h00 pour tout ce qui est aliment solide et lait.

A jeun à partir de 3h00 avant l'intervention pour l'eau, boisson sucrée sans pulpe, sans lait et non pétillante.

Date ___ / ___ / _____

Cachet + signature
chirurgien

Date ___ / ___ / _____

Cachet + signature
anesthésiste

Votre enfant va bientôt bénéficier d'une anesthésie. Quelle que soit l'intervention, les effets de l'anesthésie et les risques qui y sont liés dépendent des données de chaque individu et notamment, de l'affection actuelle, des antécédents, de l'état général, de l'âge ou encore des conditions de vie. Le questionnaire ci-dessous veut dégager les risques possibles et assurer ainsi une sécurité maximale. Si nous vous posons autant de questions, c'est pour prévenir même les risques rares et relativement minimes. N'hésitez pas à vous adresser à votre médecin traitant si vous avez besoin d'aide pour répondre à vos interrogations.

Si vous êtes en possession d'examen récents : prise de sang, avis cardio, avis pneumo, hémato, ... Merci de bien vouloir venir avec ceux-ci, le jour de votre rendez-vous avec l'anesthésiste.

Age : _____ ans Poids : _____ kg Taille : _____ cm

N° de téléphone (mère) : _____ / _____ N° de téléphone (père) : _____ / _____

1● Est-il né à terme ? non oui
 Si non ; A combien de mois est-il né ? _____ mois
 Combien de temps est-il resté en néonatalogie ? _____
 A-t-il eu des complications dues à sa prématurité ? non oui
 A-t-il des séquelles ? non oui

2● Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? non oui
 Si oui, lesquelles : _____

3● A-t-il des activités physiques normales pour son âge ? non oui

4● Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? non oui

5● A-t-il fait de la fièvre et/ou une infection il y a moins de 2 semaines ? (Otite, rhume, angine, bronchiolite, pneumonie, varicelle) non oui

6● A-t-il fait des convulsions hyperthermiques ou crises d'épilepsie ? non oui

7● Ronfle-t-il pendant son sommeil ? non oui

8● Votre enfant a-t-il subi des opérations ? Si oui, lesquelles ? non oui

Intervention	Année
1* _____	_____
2* _____	_____
3* _____	_____

9● Y a-t'il eu des complications anesthésiques ou chirurgicales suite aux interventions ? non oui
 Si oui, lesquelles ? N° intervention
 _____ ---
 _____ ---
 _____ ---

10● Un membre de sa famille a-t-il eu des problèmes lors d'une anesthésie ? non oui
 Si oui, lesquelles ? _____

11● Présente-t-il des nausées lors d'un voyage voiture ? non oui

12● A-t-il des dents qui bougent ? non oui

13● A-t-il fait une prise de sang récemment ? non oui
! Si oui, merci d'apporter le protocole pour la consultation d'anesthésie

14● Est-il suivi par un médecin spécialiste (pédiatrie, cardiologue, pneumologue ...) ? non oui
! Si oui, merci d'apporter les protocoles pour la consultation d'anesthésie

HEMOSTASE

1●	Saigne-t-il facilement ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
2●	A-t-il été transfusé ou a-t-il saigné plus de 24h après un petit traumatisme ou une intervention mineure telle que circoncision, amygdalectomie ou suture simple ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
3●	A la naissance, son ombilic a-t-il saigné plus de 12h après la chute du cordon ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
4●	A-t-il saigné la nuit ou le lendemain après une extraction dentaire ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
5●	A-t-il déjà eu du sang dans les urines	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
6●	Les frères/sœurs/parents ont-il(s) déjà présenté l'une de ces hémorragies ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
7●	Se fait-il des ecchymoses (bleus) sans cause apparente ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
8●	A-t-il été opéré pour saignement de nez ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
9●	Le dentiste a-t-il dû faire une suture après une extraction dentaire ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
10●	A-t-il saigné pendant plus de 15 minutes après une prise de sang ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

Petits conseils :

- *Écoutez votre enfant,*
- *Rassurez-le en répondant à ses questions,*
- *Évitez le mensonge, même s'il paraît rassurant : des explications claires et honnêtes sont préférables,*
- *Faites-lui comprendre que l'opération sert à améliorer sa santé,*
- *N'hésitez pas à le féliciter pour son courage,*
- *Votre présence est importante.*

Vignette d'identification patient

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

1• Quel est le traitement médicamenteux actuel de votre enfant ?

NOM MEDICAMENT	DOSAGE	Nombre de comprimés ou gouttes			
		MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER
<i>Ex : NEUROFEN SIROP</i>	<i>100 MG / 5 ML</i>	<i>3 ml</i>	<i>3 ml</i>	<i>3 ml</i>	<i>0</i>

Je soussigné(e), _____, papa, maman, tuteur
(*biffer les mentions inutiles*), autorise les membres du service d'anesthésie à pratiquer l'anesthésie pour l'intervention/l'examen dont il est question dans ce questionnaire. Nous avons compris toutes les informations, nous avons pu poser toutes les questions qui nous préoccupent, en particulier les questions relatives au type d'anesthésie, à ses avantages, à ses inconvénients et aux éventuels effets secondaires.

Date : __ / __ / ____

Signature : _____