



QUESTIONNAIRE DE PRE-ANESTHESIE – Maternité

La consultation d'anesthésie pré-opératoire, obligatoire depuis la loi du 5 décembre 1994, a pour but de connaître votre état de santé afin de choisir et vous expliquer le type d'anesthésie le plus adapté. Merci de prendre rendez-vous **au plus tard au 7^e mois de grossesse** en ligne sur le site www.anestbreteche.fr ou au **02.51.86.87.04**. Lors de cette consultation, une feuille d'information vous sera remise.

Pour permettre au médecin d'avoir l'ensemble des éléments pour réaliser la consultation d'anesthésie, merci d'apporter **IMPERATIVEMENT** :

- | | |
|--|---|
| 1) Ce questionnaire rempli et signé | 4) Votre carte de groupe sanguin |
| 2) Le dossier patient fourni par votre obstétricien | 5) Les comptes rendus médicaux (cardiologue, pneumologue...) |
| 3) Vos dernières ordonnances | 6) Vos cartes vitale et de mutuelle |
| 4) Vos analyses biologiques et notamment celles du 6^e mois | |

NOM : _____ Prénom : _____ Poids actuel : _____ Taille : _____
 NOM de jeune fille : _____ Date de naissance : _____
 Profession : _____ Adresse mail : _____

Avez-vous déjà ACCOUCHE ? OUI **NON** Si oui pouvez-vous dire en quelle(s) année(s), quel(s) type(s) d'accouchement (voie basse, césarienne), quel(s) type(s) d'anesthésie (péridurale, rachianesthésie, anesthésie générale) et s'il y avait eu des complications (notamment hémorragiques ; péridurale latéralisée, inefficace, trop dosée, difficile à poser...) :

| | |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |

GROSSESSE ACTUELLE :

- Présentation : Céphalique Siege Transverse
- Problème d'implantation du placenta : OUI NON
- HTA pendant la grossesse : **OUI** **NON**
- Diabète gestationnel : **OUI** **NON**
- Lombalgies : **OUI** **NON**

REMARQUES pour accouchement et projet de naissance :

Votre projet d'accouchement inclut-il une péridurale ?
OUI **NON**

Avez-vous déjà été OPEREE et/ou HOSPITALISEE ? OUI **NON** Si oui, pouvez-vous dire pour quel(s) motif(s), quand et quel(s) type(s) d'anesthésie (locale, générale, rachidienne...) ?

| | |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |

Avez-vous (ou un membre de votre famille) été victime d'un accident d'anesthésie ? **OUI** **NON** . Si oui, **quel type** (bris dentaire, allergie, nausées, vomissements, réveil agité, intubation difficile, hyperthermie maligne...)

Avez-vous été hospitalisée au moins 24h dans un pays étranger dans les 12 dernier mois ? **OUI** **NON** .

Avez-vous déjà présenté des ALLERGIES ? OUI **NON**

Alimentaires Médicaments : _____

Latex Autres : _____

Type de réaction (urticairre, œdème de Quincke, ...) : _____

T.SVP



