Hôpital Privé Océane
un établissement du Groupe Vitalia

Rue du Docteur Audic Le Ténénio – BP 50020
56001 VANNES Cedex

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE – PEDIATRIQUE

(à remplir et à ramener lors de la consultation d'anesthésie)

Madame, Monsieur,

Votre enfant va subir une intervention chirurgicale qui va nécessiter une anesthésie générale. Afin de mieux le connaître, nous vous demandons de bien vouloir remplir le présent questionnaire. Vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant, si une question vous paraît difficile.

NOM : ..... **Prénom :** ..... **Age :** ..... **Poids :** .....Kg **Taille :** .....cm

De quoi votre enfant va-t-il se faire opérer ? .....
Date : ..... Nom du chirurgien : .....

	Oui	Non
Pour les enfants de moins d'un an : est-il né prématuré ?	[ ]	[ ]
Si oui, à quel terme ? ..... semaines. Poids de naissance ?.....Kg.....		
Souffre-t-il d'un reflux gastro-oesophagien ,	[ ]	[ ]
Autre problème :		

Antécédents chirurgicaux

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? (paracentèse, végétations, autre..)	[ ]	[ ]
Précisez : ..... A quel âge ?.....		
.....		
.....		
Y a-t-il eu un problème d'anesthésie ?	[ ]	[ ]
Lequel ?		
A-t-il été transfusé ?	[ ]	[ ]

Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé pour une raison médicale ?	[ ]	[ ]
Précisez : ..... A quel âge ?	[ ]	[ ]
....		
Votre enfant a-t-il une maladie cardiaque ? un souffle au cœur ?	[ ]	[ ]
A-t-il une maladie pulmonaire ?	[ ]	[ ]
Précisez :		
Fait-il de l'asthme ?	[ ]	[ ]
Fréquence des crises : ..... Date dernière crise :		
A-t-il fait une jaunisse ? (en dehors de la période néonatale)	[ ]	[ ]
A-t-il fait des convulsions ?	[ ]	[ ]
A-t-il un retard psychomoteur ?	[ ]	[ ]
A quel âge a-t-il marché ? ..... En quelle classe est-il ?		
Fait-il du sport ? OUI – NON Lequel ?		

Antécédents hémorragiques

A-t-il tendance à saigner anormalement ? (fréquemment ou longtemps…)	[ ]	[ ]
(chute du cordon ombilical, nez, gencives, lors d'une plaie, de soins dentaires ou de chirurgie)		
Fait-il des hématomes facilement ? de grosses bosses ?	[ ]	[ ]
Précisez :		

TSVP →

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE (suite)

Votre enfant a-t-il été récemment malade ? ..... [ ] [ ]
Précisez : .....
Traitement : .....
Est-il enrhumé ? ..... Tousse-t-il ? ..... [ ] [ ]

Votre enfant prend-il des médicaments ? ..... [ ] [ ]
Traitement habituel et posologie : .....
.....
.....
A-t-il pris un anti-inflammatoire dans les 10 derniers jours ? (Aspirine, Advil, Nuréflex, Nifluril…) ..... [ ] [ ]

Antécédents allergiques
Votre enfant a-t-il déjà fait des allergies ? ... . [ ] [ ]
Eczéma, urticaire ? ..... [ ] [ ]
Allergie alimentaire ? (œuf, avocat, kiwi, banane, noix de Pécan, châtaigne, fruit de la passion…) ..... [ ] [ ]
Allergie médicamenteuse ? (antibiotiques, aspirine…) ..... [ ] [ ]
Latex (gonflement des lèvres avec un ballon de baudruche…), iode ? ..... [ ] [ ]
Précisez : .....

Antécédents familiaux
Y a-t-il dans votre famille des personnes allergiques ? ..... [ ] [ ]
Y a-t-il - des myopathies (maladies musculaires) ? des personnes handicapées ? [ ] [ ]
- des troubles de la coagulation ? (hémophilie, maladie de Willebrand) ... [ ] [ ]
- des maladies du sang (thalasémie, drépanocytose…) ..... [ ] [ ]
- d'autres maladies héréditaires ? .. .. [ ] [ ]
Y a-t-il eu des accidents d'anesthésie ? (hyperthermie, curarisation prolongée…).. [ ] [ ]
Précisez : .....

Maladies nosocomiales
Votre enfant a-t-il reçu de l'hormone de croissance entre 1984 et 1986 ? ..... [ ] [ ]
A-t-il été opéré en neurochirurgie ou en ophtalmologie avant 1996 ?..... [ ] [ ]
Votre enfant est-il suspect de maladie de Creutzfeld-Jacob ? ..... [ ] [ ]
Y a-t-il dans votre famille des personnes atteintes de cette maladie ?..... [ ] [ ]
Ou ayant une sérologie positive pour l'hépatite B, l'hépatite C ou l'HIV ?..... [ ] [ ]

Autres questions
Est-il gaucher..... [ ] [ ]
Suce-t-il son pouce ? ..... Lequel ?..... Est-ce important ?..... [ ] [ ]
A-t-il un appareil dentaire ? ..... fixe ?..... [ ] [ ]
A-t-il une dent mobile ? ..... une dent cassée ?..... [ ] [ ]
Votre enfant a-t-il tendance à vomir après une anesthésie ?..... [ ] [ ]
A-t-il le mal des transports ?..... [ ] [ ]
Autre information susceptible de nous intéresser : .....
.....

Fait le : ..... **Signature des parents :**