

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE - FEMME ENCEINTE

Ce questionnaire nous aidera à mieux connaître votre état de santé ; nous vous prions de le remplir et de le rapporter le jour de votre accouchement.

Veillez également vous munir des examens sanguins, électrocardiogramme, échographies, comptes-rendus de consultations chez un spécialiste, examens neurologiques, radio pulmonaire en votre possession !!!

Nom **Prénom** **Age**

Sexe **Poids** **Taille** **Profession**

1. Avez-vous eu de contact avec des personnes confirmés (ou suspectés) pour une infection avec Coronavirus ?

2. Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ou une anesthésie ? Lesquelles et quand ?

Date

Date

3. Avez-vous déjà accouché ET/OU avez-vous été enceinte ?

4. Avez-vous eu une transfusion du sang lors d'un accouchement ?

5. Avez-vous déjà eu une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie ?

6. Vous a-t-on parlé d'un incident ou un accident d'anesthésie, vous concernant ?

Oui **Non** si OUI lequel et quand :

7. Un de vos parents a-t-il présenté un accident d'anesthésie ? **Oui** **Non**

8. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une autre raison que les interventions chirurgicales ? **Oui** **Non**

Année Motif d'hospitalisation

Année Motif d'hospitalisation

9. Vous fumez ? **Oui** **Non** Combien / jour

10. Saignez-vous facilement du nez, des gencives ou lors de coupures ? **Oui** **Non**

11. Faites-vous des hématomes (bleus) spontanément ? **Oui** **Non**

12. Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction dentaire ? **Oui** **Non**

13. Y a-t-il des maladies hémorragiques (de coagulation) dans votre famille ? **Oui** **Non**

14. Avez-vous ou avez-vous eu une allergie ou une réaction inhabituelle à : médicaments, aliments, sparadrap, latex, iode ou autre ?

Oui **Non**

15. Prenez-vous des médicaments/ injection (anticoagulants, Aspirine, Kardegic) ? **Oui** **Non**

N'oubliez pas de rapporter vos ordonnances

Avez-vous été traité ou êtes –vous traité(e) pour une maladie parmi les affections suivantes ? Si OUI cochez les cases correspondantes.

Cardio-vasculaire

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?	Oui	Non
Si oui pourquoi ?		
Avez-vous des maladies cardiaques ?	Oui	Non
Infarctus du myocarde /angor		Palpitations/troubles du rythme
Phlébite / embolie pulmonaire		Hypertension artérielle

Broncho-pulmonaire

	Oui	Non
Asthme (dernière crise)		
Bronchite chronique/ emphysème		Apnée du sommeil
Tuberculose		Pneumonie /pneumothorax

Diabète (traité ?)

	Oui	Non
Insuline		
Comprimés		

Neurologiques –lequels ?

	Oui	Non
Épilepsie		
Accident vasculaire cérébral		
Trauma crânien/ perte de connaissance		

Digestive

	Oui	Non
Hernie hiatale		Hépatite ou jaunisse
Ulcère gastrique/ gastrite		Pancréatite/ colique biliaire
Maladie thyroïdienne		
Insuffisance rénale/dialyse		
Maladie musculaire		

Avez- vous eu des problèmes dans les 2 dernières semaines ?

Rhume	Crise d’asthme	Bronchite	Fièvre
-------	----------------	-----------	--------

A présent vous avez ?

Douleurs dans la poitrine	Crises d’angoisse
Palpitations	Des difficultés a uriner
Vertiges/ malaise	Essoufflement au moindre effort
Douleur / œdème dans les jambes	Saignements du nez ou des gencives
Mal à respirer pendant la nuit	Nausée et vomissements
Fatigue à monter les escaliers	Brûlures à l’estomac
Toux et des crachats le matin	Ronflements pendant le sommeil

Date :

Signature :