



CENTRE HOSPITALIER

ALPES LÉMAN

558, route de Findrol – BP 20 500

74130 Contamine sur Arve

T : 04 50 82 20 00

Secrétariat anesthésie : 04 50 82 23 37

SERVICE d'ANESTHÉSIE

Questionnaire Médical

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

Tél. :

Date d'accouchement prévue :

Ce questionnaire sera ajouté à votre dossier médical et est donc couvert par le secret médical. Vous devez le ramener au médecin anesthésiste LORS de la consultation afin de préparer au mieux votre prise en charge.

Merci de ramener également votre projet de naissance afin d'en discuter au plus tôt avec le médecin anesthésiste. La présence du co-parent est la bienvenue.

MODE DE VIE

Age : - Poids actuel/avant grossesse :

– Taille :

- Profession :

Etes-vous fumeuse ?

OUI NON

En cas de prise d'alcool ou de drogue, même occasionnelle, il est important de le signaler au médecin

ALLERGIE

Etes-vous allergique ?

OUI NON

Si oui, à quoi ?

TRAITEMENT EN COURS :

Prenez-vous des médicaments ?OUI NON

Si oui, lesquels ET apporter l'ordonnance :

.....

.....

INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET ANESTHÉSIES

Avez-vous déjà été opérée ou endormie ?

OUI NON

Dates	Interventions chirurgicales	Type d'anesthésie

- Est-ce qu'il y a eu des incidents ou accidents lors de vos interventions ou anesthésies ?

OUI NON

Si oui, lesquels?

- Avez-vous des nausées ou vomissements après une intervention ?

OUI NON

- Avez-vous le mal des transports ?

OUI NON

ANTECEDENTS GÉNÉRAUX :

- Avez-vous un problème à la colonne vertébrale ?

OUI NON

- Avez-vous des problèmes dentaires ?

OUI NON

- Avez-vous été suivi par un spécialiste médical ?

OUI NON

Type de spécialiste	Nom de la maladie	Type de traitement proposé	Année

ANTECEDENTS FAMILIAUX : Votre famille est-elle sujette à :

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Thrombose (phlébite, embolie pulmonaire) | OUI | NON |
| - Hémophilie/ maladie hémorragique | OUI | NON |
| - Myopathie/ maladie musculaire | OUI | NON |

SANG ET COAGULATION

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Avez-vous une maladie du sang ou de la coagulation ? | OUI | NON |
| - Avez-vous été traité/e pour une hémorragie ou un hématome après une opération/accouchement/extraction dentaire ? | OUI | NON |
| - Avez-vous parfois des hématomes trop gros ou apparaissant sans raison ? | OUI | NON |
| - Avez-vous eu des analyses ou des traitements pour des problèmes de coagulation du sang ? | OUI | NON |
| - Avez-vous des personnes de votre famille qui présentent des problèmes de coagulation ? | OUI | NON |
| - Saignez-vous facilement du nez ou d'autres endroits ? | OUI | NON |
| - Lors de petites blessures, est-ce que cela met plus de 10 min pour s'arrêter de saigner ? | OUI | NON |
| - Avez-vous déjà été transfusée ? | OUI | NON |

POUR CETTE GROSSESSE

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Est-elle normale (sans maladie associée) ? | OUI | NON |
| - Etes-vous suivie pour un diabète gestationnel ? | OUI | NON |
| - Etes-vous suivie ou traitée pour une anémie ? | OUI | NON |
| - Avez-vous une hypertension artérielle ? | OUI | NON |
| - Avez-vous des remontées acides/ un reflux ? | OUI | NON |
| - Avez-vous une anomalie du placenta/mauvaise position ? | OUI | NON |
| - Est-ce que votre enfant a la tête en bas (présentation céphalique) ? | OUI | NON |
| - Est-ce une grossesse unique (Vs multiple/jumeaux) ? | OUI | NON |
| - Avez-vous ressenti des difficultés morales ou de l'anxiété ? | OUI | NON |
| - Avez-vous rédigé un projet de naissance ? | OUI | NON |
| - Souhaiteriez-vous allaiter votre bébé ? | OUI | NON |

Votre bilan biologique du 6^{ème} mois montre

- Un taux d'hémoglobine à
- Un taux de plaquettes à

J'ai 2 déterminations de groupe sanguin qui indiquent un type A / B / AB / O
et un Rhésus + ou -

(Entourez)

GROSSESSES PRECEDENTES (dates ?)

- | | | |
|---|-----|------------|
| - Ont-elles été de déroulement normal ? | OUI | NON |
| - Si non, indiquez le type de complication..... | | |
| - Certains accouchements ont été compliqués ? | OUI | NON |
| - Indiquez si césarienne en urgence / hémorragie / douleur intense non calmée / autre | | (Entourez) |

LA PERIODE DU POST-PARTUM

- | | | |
|--|-----|-----|
| - A-t-elle été compliquée | OUI | NON |
| - Si oui : Dépression ? Phlébite ? infection ? | OUI | NON |