

# CONSULTATION PRE-ANESTHÉSIQUE

Membres d'une association de gestion agréée, acceptant à ce titre le règlement des honoraires de la consultation par chèque

**D<sup>r</sup> Pierre-Yves GODFRIN**

D.E.S. Anesthésie-Réanimation  
Ancien Spécialiste des Centres de Lutte contre le Cancer  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy  
Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation  
Capacité de Médecine d'évaluation et de traitement de la douleur.

**D<sup>r</sup> Pierre KLECTHKA**

C.E.S. Anesthésie-Réanimation  
Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

**D<sup>r</sup> Alexandre LAI**

D.E.S. Anesthésie-Réanimation  
D.E.S.C. Réanimation médicale  
D.I.U. Techniques ultrasoniques en Anesthésie-Réanimation  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy  
Ancien Assistant-Chef de Clinique des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Interne des Hôpitaux.

**D<sup>r</sup> Anne MORANDINI**

D.E.S. Anesthésie-Réanimation  
D.I.U. Techniques ultrasoniques en Anesthésie-Réanimation  
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Nancy

**D<sup>r</sup> Jean-Louis PERROTEZ**

D.E.S. Anesthésie-Réanimation  
Ancien Assistant des Hôpitaux  
Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

**D<sup>r</sup> Eric SAVOYE**

Anesthésiste-Réanimateur  
D.E.S. Anesthésie-Réanimation  
Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nancy  
Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

**D<sup>r</sup> Ianik SKORINTSCHOUK**

C.E.S. Anesthésie-Réanimation  
Ancien Attaché d'Anesthésie-Réanimation des Hôpitaux de Nancy  
Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

**D<sup>r</sup> Laurent URION**

D.E.S. Anesthésie-Réanimation  
Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux de Nancy  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy  
Capacité d'Evaluation et de Traitement de la douleur  
Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

**D<sup>r</sup> Aurélien ZANG**

D.E.S. Anesthésie-Réanimation  
Master 2 Recherche en Informatique Biomédicale  
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Nancy  
Membre de l'Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française.

GESTE PREVU : ..... DATE PREVUE : ..... OPERATEUR : .....

INTERVENTION PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE :  OUI  NON

CHIRURGIE AMBULATOIRE :  OUI  NON DATE ET HEURE D'ENTREE : le ..... à ...h...

*Conformément au décret du 5 décembre 1994, toute personne devant bénéficier d'une anesthésie doit passer une consultation pré-anesthésique, plusieurs jours avant son entrée dans l'établissement. Pour respecter cette obligation légale, il vous faut donc impérativement prendre un rendez-vous de consultation.*

**1) PRISE DE RENDEZ-VOUS :**

*Réservez dès maintenant votre rendez-vous de consultation pré-anesthésique, au Cabinet ARSA - 23, boulevard de l'Europe - Centre des affaires des Nations Porte Gibraltar - 6<sup>e</sup> étage - 54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY, en appelant au 03.83.59.46.21 entre 9 h et 12 h et entre 14 h et 18 h du lundi au vendredi, fax 03.83.25.92.06.*

**2) QUESTIONNAIRE MEDICAL :**

Nous vous prions de remplir avec attention (avec l'aide de votre médecin si besoin) le questionnaire ci-dessous concernant votre santé ou celle de votre enfant **et de l'apporter à la consultation avec les éléments de votre dossier médical en votre possession (en particulier compte rendu cardiologique (ECG) et biologique) et vos dernières ordonnances.**

Mr - M<sup>me</sup> - Enfant NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Age : .....

Marié(e) ..... N<sup>bre</sup> d'enfants : ..... Profession : .....

Taille : ..... Poids : ..... Sexe :  F  M

Votre adresse : ..... Rue : ..... Code postal : .....

Ville : ..... N° téléphone : .....

Médecin traitant : D<sup>r</sup> ..... à : .....

Quelles interventions et anesthésies avez-vous déjà subies ? .....

Les anesthésies que vous avez subies ont-elles entraîné des complications ou des effets secondaires ? .....

Avez-vous déjà eu des transfusions sanguines ? .....

Saignez-vous longtemps quand vous vous coupez ? .....

Fumez-vous ?  OUI  NON

Si oui, combien de cigarettes par jour ? ..... Depuis quel âge ? .....

Avez-vous déjà fumé ?  OUI  NON

**Nous vous conseillons d'arrêter de fumer dès ce jour.**

Quels sont les médicaments pris ces 3 dernières semaines ? **(APPORTER VOTRE ORDONNANCE)** .....

Quelles maladies avez-vous eues ou présentez-vous actuellement ? .....

**a) Maladies du cœur et des vaisseaux**

- |                                             |                                               |                                                  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Infarctus            | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle |
| <input type="checkbox"/> Artérite           | <input type="checkbox"/> Varices              | <input type="checkbox"/> Phlébites               |
| <input type="checkbox"/> Pace Maker         | <input type="checkbox"/> Dilatation coronaire | <input type="checkbox"/> Autre :                 |

**b) Maladies des poumons**

- |                                                |                                                                                                                                      |                                              |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberculose           | <input type="checkbox"/> Asthme                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique |
| <input type="checkbox"/> Ronflements nocturnes | <input type="checkbox"/> Pausas respiratoires nocturnes                                                                              | <input type="checkbox"/> Appareillage apnées |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax          | <input type="checkbox"/> Pouvez-vous monter 2 étages sans être essouffé(e) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |                                              |
| <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire    | <input type="checkbox"/> Pleurésie,                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Autre :             |

**c) Maladies de l'appareil urinaire**

- |                                               |                                                  |                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale  | <input type="checkbox"/> Malformations urinaires | <input type="checkbox"/> Prostatisme |
| <input type="checkbox"/> Infections urinaires | <input type="checkbox"/> Calculs urinaires       | <input type="checkbox"/> Autre :     |

**d) Maladies de l'appareil digestif**

- |                                                |                                                                   |                                                    |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastrite              | <input type="checkbox"/> Ulcère                                   | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien  |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée-vomissements | <input type="checkbox"/> Diabète                                  | <input type="checkbox"/> Autre (pancréatite, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Pancréas              | <input type="checkbox"/> Foie (calculs biliaires, hépatite, etc.) |                                                    |

**e) Allergies**

- |                                                |                                                      |                                           |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rhume des foins       | <input type="checkbox"/> Eczéma-urticaire            | <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke |
| <input type="checkbox"/> Allergies médicaments | <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires      | <input type="checkbox"/> Autre :          |
| <input type="checkbox"/> Allergies au latex    | <input type="checkbox"/> Terrain allergique familial |                                           |

**f) Maladies du système nerveux**

- |                                                       |                                     |                                  |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Convulsions ou épilepsie     | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral |                                     | <input type="checkbox"/> Autre : |

**g) Maladies de l'œil**

- |                                   |                                    |                                       |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Strabisme | <input type="checkbox"/> Monophtalmie |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|

**h) Maladies rares**

- |                                     |                                                                                          |                                                 |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Porphyrie  | <input type="checkbox"/> Hyperthermie maligne                                            | <input type="checkbox"/> Myasthénie - Myopathie |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Un membre de votre famille souffre-t-il d'une de ces maladies ? |                                                 |

**i) Gynéco obstétrique**

- Etes-vous enceinte ?  OUI  NON Si OUI, terme : .....
- Pilule ?  OUI  NON Prise de poids : ..... kg
- Si vous pensez avoir un risque d'être enceinte, signalez-le au médecin anesthésiste

**j) Divers**

- |                                      |                                   |                                            |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Traumatisme | <input type="checkbox"/> Malaises | <input type="checkbox"/> Autres maladies : |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

Quels sports pratiquez-vous ? .....

Etes-vous porteur :

- |                                          |                                                                 |                                           |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dents sur pivot | <input type="checkbox"/> Appareils dentaires (fixe ou amovible) | <input type="checkbox"/> Appareil auditif |
|                                          | <input type="checkbox"/> Lentilles de contact                   |                                           |

Après avoir rempli ce questionnaire, nous vous demandons d'apporter ce document à la consultation et de le signer. Sauf indication particulière du médecin anesthésiste, nous vous demandons le matin de l'intervention de :

- rester à jeun (**ne pas boire, ne pas manger, ne pas fumer**)
- retirer les appareils dentaires, acoustiques, les lunettes, les lentilles de contact et les bijoux,
- ne pas mettre de maquillage, ni de vernis à ongles,
- ne conserver pour seul vêtement que la chemise d'opéré,
- ne prendre que les médicaments prescrits par l'anesthésiste,
- observer une hygiène méticuleuse : bain, douche, shampooing, hygiène bucco-dentaire.

Les patients autorisés à sortir le jour même de l'intervention ne peuvent pas conduire un véhicule et doivent être obligatoirement accompagnés lors de leur sortie de la Clinique.

J'ai pris connaissance du document d'information médicale sur l'anesthésie de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et j'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie. J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

**Signature :**

**LES ENFANTS MINEURS DOIVENT ÊTRE OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNÉS D'UNE PERSONNE MAJEURE, L'AUTORISATION D'OPÉRER SIGNÉE PAR LES 2 PARENTS EST INDISPENSABLE, MÊME EN CAS DE DIVORCE**

Je donne l'autorisation d'opérer l'enfant<sup>(1)</sup> ..... et de procéder à toute intervention, anesthésie, examen ou soins que son état nécessiterait.

(1) Degré de parenté ou qualité du signataire.

Signature parent 1 ET

NOM, Prénom :

.....

.....

Date : / /201

Signature parent 2

NOM, Prénom :

.....

.....

Date : / /201

Signature tuteur légale

NOM, Prénom :

.....

.....

Date : / /201

L'intervention sera annulée en cas d'absence des deux signatures conformément au Code de Santé Publique.

# COMPTE RENDU DE CONSULTATION

Anesthésiste : D<sup>r</sup> ..... Date : .....

Intervention prévue : ..... Date d'entrée : .....

Opérateur : D<sup>r</sup> ..... Date du geste : .....

Opérateur : D<sup>r</sup> .....

## 1/ INTERROGATOIRE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Risque hémorragique : .....

## 2/ EXAMEN CLINIQUE

Cardio vasculaire : ..... T.A. : .....

..... F.C. : .....

Appareil pulmonaire : .....

Etat veineux : .....

Ouverture de bouche : .....

Etat général : .....

## 3/ CODE ASA

ASA 1     ASA 2     ASA 3     ASA 4

## 4/ CONCLUSIONS

.....  
.....  
.....

### Technique d'anesthésie envisagée

.....  
.....

Information du patient :

- document écrit remis  OUI  NON
- complément d'information donné oralement et réponse aux questions du patient  OUI  NON

## 5/ PRESCRIPTIONS

Biologie : .....  
.....  
Cardio : .....  
.....  
Pneumo radio : .....  
Allergologie : .....  
Tactique transfusionnelle : .....  
.....  
Traitement : .....  
.....  
Modification des traitements en cours : .....  
.....

---

### CONSIGNES POUR L'I.D.E. PRENANT EN CHARGE LE PATIENT

- 1) Précautions particulières : .....
- 2) Examens complémentaires à faire à l'entrée : .....
- 3) Prémédication : – veille .....  
– jour opératoire .....  ordonnance ci-jointe
- 4) Antibiothérapie prophylactique : .....  ordonnance ci-jointe
- 5) Traitement à prendre le jour opératoire : .....
- 6) Surveillance : .....
- 7) Divers : .....

Signature :

---

### VISITE PRE-ANESTHESIQUE

- 1) Effectuée par le docteur : .....
- 2) A la date du : .....
- 3) Résultats : .....
- 4) Eléments nouveaux : .....

Signature :

# ANNEXE AU QUESTIONNAIRE

## “Consultation pré-anesthésique”

### *Information médicale sur l'anesthésie*

*Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.*

### **QU'EST-CE QUE L'ANESTHESIE ?**

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

- L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeur anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.
  - L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.
- La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance et une visite préanesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

### **COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLE(E) PENDANT L'ANESTHESIE ET A VOTRE REVEIL ?**

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

## **QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHESIE ?**

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

### **Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?**

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passagers.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque comme une allergie, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

### **Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie locorégionale ?**

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés. Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Au cours de l'anesthésie locorégionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

## **QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION SANGUINE ?**

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnels.

## **ORGANISATION DU SERVICE D'ANESTHESIE :**

Pour une meilleure organisation des soins et pour augmenter la sécurité, les anesthésistes-réanimateurs travaillent en équipe. Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas obligatoirement le même que celui que vous avez rencontré en consultation ou en visite pré-anesthésique.

Dans ce cas, l'anesthésiste consultant aura pris la précaution de transmettre votre dossier à son confrère qui vous prendra en charge.

De même, au cours de la période post-anesthésique, vous pourrez être amené(e) à être pris(e) en charge par d'autres membres de l'équipe d'anesthésie-réanimation.