



SERVICE D'ANESTHESIE-REANIMATION

Dr A. AOUIFI, Dr H. DJELOYAN, Dr E. ECHEVARRIA, Dr J.L. FAYOLLE, Dr T. GEFFRIAUD, Dr J.P. GIBAULT, Dr C. KAMINSKI, Dr G. KELLER, Dr Dr J.P. LANÇON, Dr M. MICHAELI, Dr H. MUSARD, Dr P. WEHRLIN.

* CONSIGNES *

Vous venez de voir le médecin avec qui vous avez prévu une intervention ou un examen. Pour que la préparation de votre hospitalisation se déroule facilement, veuillez suivre les indications suivantes :

- Si le médecin que vous venez de voir vous a donné une ordonnance pour effectuer une prise de sang, téléphonez à un laboratoire d'analyses médicales pour l'effectuer environ une semaine avant la consultation d'anesthésie.
- Remplir le questionnaire médical pour le médecin anesthésiste (qui se trouve au dos).
- Remplir le dossier de pré-admission et rassembler les documents que l'on vous demande sur ces feuilles.

Le jour où vous venez voir le médecin anesthésiste, veuillez vous munir des documents suivants :

- Cette feuille (pour le questionnaire médical au dos).
- Votre carte vitale.
- Un mode de règlement pour la consultation anesthésie.
- Votre attestation CMU si vous êtes bénéficiaire de la CMU.
- Les ordonnances si vous avez des traitements.
- Les résultats des examens récents déjà en votre possession (résultats d'analyses sanguines, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme...).
- Le dossier de pré-admission et les documents demandés à remettre ce jour en vous présentant à l'accueil de la clinique.

La consultation d'anesthésie se déroule au secrétariat d'anesthésie qui se situe au 1^{er} étage de l'Infirmierie Protestante.

POUR INFORMATION : La majorité des anesthésistes-réanimateurs de la clinique sont conventionnés secteur II dit « à honoraires libres ».

INFIRMERIE PROTESTANTE DE LYON

1-3 chemin du Penthod, 69641 Caluire et Cuire Cedex

- Clinique : 04 72 00 72 00
- Secrétariat : 04 72 00 71 20

- Réanimation : 04 72 00 70 14
- Fax : 04 72 00 71 29



QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire avec un maximum de précision en vous faisant aider de votre médecin traitant et de votre chirurgien si besoin (*entourer la réponse qui vous correspond*).

Nom :	Chirurgien
Prénom :	ou Spécialiste :
Sexe : F M	Acte prévu :
Date de naissance : / /	Date de l'intervention : / /
Eligibilité ambulatoire : Oui Non	

Taille :	Poids :	Perte de poids :	
Allergie : Oui Non	Cause :		
Tabac : Oui Non	Age de début :		
Transfusion : Oui Non	Date :		
Etes-vous :	Sportif	Actif	Sédentaire
Etat Dentaire :	Suivi régulier	Appareil mobile	Implants Bridges Pivots
Yeux :	Lunettes ou Lentilles	Traitement par collyre	Opération des yeux
Autres	Prothèse articulaire (épaule, hanche, genou)	Portacath Picline	Pace-maker

Antécédents de chirurgie :

Incidents anesthésiques :

Antécédents médicaux (*entourer si vous souffrez ou avez souffert de cette affection*) :

Asthme :	Oui	Non	Hypertension :	Oui	Non
Bronchite chronique :	Oui	Non	Angine de poitrine :	Oui	Non
Dyspnée (essoufflement) :	Oui	Non	Infarctus :	Oui	Non
Apnée du sommeil :	Oui	Non	Souffle :	Oui	Non
Problème de prostate :	Oui	Non	Œdème pulmonaire :	Oui	Non
Coliques néphrétiques :	Oui	Non	Embolie pulmonaire :	Oui	Non
Insuffisance rénale :	Oui	Non	Phlébite :	Oui	Non
Dialyse (rein artificiel) :	Oui	Non	Artérite :	Oui	Non
AVC :	Oui	Non	Problème hépatique (foie) :	Oui	Non
Traumatisme crânien :	Oui	Non	Ulcère (estomac) :	Oui	Non
Convulsion, épilepsie :	Oui	Non	Hernie hiatale / reflux :	Oui	Non
Coma :	Oui	Non	Problème de thyroïde :	Oui	Non
Hernie discale / sciatique :	Oui	Non	Diabète :	Oui	Non
Dépression nerveuse :	Oui	Non	Acide urique, goutte :	Oui	Non
Parkinson :	Oui	Non	Cholestérol :	Oui	Non
Saignements fréquents :	Oui	Non	Grossesse en cours :	Oui	Non
Après extraction dentaire :	Oui	Non	Infection virale chronique :	Oui	Non
Après chirurgie :	Oui	Non	Déficit immunitaire connu :	Oui	Non

Traitement habituel :
.....
.....