

QUESTIONNAIRE DE PRE-ANESTHESIE EN OBSTETRIQUE

Ce questionnaire permet d'identifier les patientes qui nécessite une éventuelle consultation d'anesthésie.
Récupérer et faire **scanner** par le secrétariat dans Scan import **ce document** et :

- Courriers ou examens de spécialistes (cardiologues, pneumologues,...)
- Résultats de prise de sang : FSS, plaquettes
- Dossier médical

ETIQUETTE
PATIENTE

Date consultation : .../.../...

Poids actuel :

Terme prévu le :

Taille :

Gestité(s) :

BMI :

Parité(s) :

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :

OUI

NON

Césariennes

Complications (hémorragie, infections) :

Si oui Précisez :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX/ ANESTHESIQUES :

ATCD d'intervention chirurgicale

Si oui Précisez type d'intervention et date

-

-

-

-

-

-

ATCD de complication d'anesthésie loco-régionale

(Pose multiples, brèches, abcès, échecs) :

Si oui Précisez :

ATCD d'anesthésie générale :

Complications (**intubation difficile**, allergie...) :

Si oui Précisez :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Traitement actuels :

Si oui Précisez :

-

-

-

-

-

-

Anticoagulation prophylactique/thérapeutique

Maladies particulières (porphyrie, drépanocytose...) :

-

-

-

-

-

-

Allergies médicamenteuses

Si oui Précisez réactions et traitement

ATCD de transfusions

Si oui Précisez contexte, années, réactions :

Anémie/thrombopénie :

Consommation de Drogues :

Si Oui Quantité journalière

Ce document est à usage interne, il est susceptible d'être réactualisé régulièrement, son usage externe n'engage en rien la responsabilité du CHUV.



Maladies CARDIO-VASCULAIRES :

Hypertension artérielle /angine de poitrine/infarctus		
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations, de troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD personnels de phlébites/varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD d'embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ATCD de problèmes cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui Précisez :		

Maladies PULMONAIRES :

ATCD d'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD d'apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui <input type="checkbox"/> Appareil pour l'apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Observance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres maladies pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui Précisez :		

Maladies DIGESTIFS :

Hépatiques /rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète		
Type I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies thyroïdiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui Précisez :		

Maladies NEUROLOGIQUES :

ATCD d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD de myopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD de dorso-lombaires (chirurgie/scoliose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI Précisez :		

QUESTIONNAIRE DE DIATHESE HEMORRAGIQUE :

En dehors de la grossesse, avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé/inhabituel (saignement de nez, petite coupure...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous tendance à faire des bleus/hématomes de plus de 2 cm sans choc, ou très importants pour un choc mineur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous saigné de manière prolongée après une extraction dentaire (nécessitant de reconsulter un dentiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous saigné de manière importante après une chirurgie mineure (végétations, amygdales,..)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes (pilule contraceptive, fer, exacyl, autre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous saigné abondamment après un accouchement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il des membres de votre famille proche atteints d'une maladie de la coagulation (maladie de Willebrand, hémophilie,..) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appel de l'anesthésiste si :

- Une réponse « OUI » dans les items marqué en gras/rouge**
- Une réponse « OUI » dans le QUESTIONNAIRE de diathèse hémorragique**