

NOM Prénom :

Date de naissance :
ou vignette de mutuelle :

CONSULTATION D'ANESTHESIE OBSTETRICALE

Ce questionnaire doit obligatoirement figurer dans votre dossier médical avant toute intervention.
Ce document est strictement confidentiel
Si vous le souhaitez, vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant ou par la sage-femme.

EVALUATION GENERALE

- | | | |
|---|----------|-----|
| - Etes-vous en bonne santé ? | OUI | NON |
| - Prenez-vous des médicaments ?
Si Oui, lesquels ? | OUI | NON |
| | | |
| - Avez-vous déjà été opérée ?
Si Oui, de quoi ? | OUI | NON |
| | | |
| - Avez-vous présenté une allergie ?
Si Oui, laquelle ? | OUI | NON |
| Comment se manifeste cette allergie ? | | |
| | | |
| - Poids actuel : | Taille : | |
| - Poids avant la grossesse : | | |

EVALUATION DE LA GROSSESSE ET DES ANTECEDENTS OBSTETRIKAUX

- Nombre de grossesse(s) ?
- Accouchement :
 - ♫ Par le bas ?
 - ♫ Par césarienne ? avec quel type d'anesthésie ?Remarque(s) !
-
- Avez-vous déjà eu une péridurale ? OUI NON
Remarque(s) :
-
- Votre grossesse actuelle se déroule-t-elle bien ? OUI NON
Remarque(s) :
-

ANAMNESE COAGULATION

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Faites-vous facilement des bleus ? | OUI | NON |
| - Saignez-vous facilement après un traumatisme mineur :
Brossage de dents - soins dentaires - « coups » -... | OUI | NON |
| - Avez-vous eu un saignement prolongé après une chirurgie « mineure » :
amygdales, appendice, ... | OUI | NON |
| Après un accouchement précédent ? | OUI | NON |
| - Après une chirurgie, avez-vous été transfusée ? Réopérée ? | OUI | NON |
| - Les incidents précédents se sont-ils produits chez quelqu'un de votre famille ? | OUI | NON |
| - Prenez-vous des médicaments qui modifient la coagulation ? | OUI | NON |

_ Si (+) Faire labo coagulation et déposer l'anamnèse dans le casier de la pré-hospitalisation (infirmière pré-hospitalisation verra avec l'anesthésiste)

ANAMNESE DOS

1. Avez-vous :
 - un tatouage dans le dos, au-dessus des crêtes iliaques, à quelle date ?..... OUI NON
 - de l'acné ou des boutons au niveau du bas du dos ? OUI NONRemarque :
2. Avez-vous subi un traumatisme, une chirurgie (avec matériel) dans le dos ? OUI NON
3. Souffrez-vous d'une maladie neurologique :
 - Sclérose en plaque ? OUI NON
 - Neuropathie ? OUI NON
 - Déficit moteur ou séquelle nerveuse ou motrice d'un accident ou d'une chirurgie ? OUI NON
4. Avez-vous (eu) une hernie discale, un lumbago, une scoliose ou autre maladie de la colonne ?
Si Oui, cela a-t-il mené à des examens complémentaires ou à un traitement ? OUI NON

_ Si (+) avis anesthésiste : et déposer l'anamnèse dans le casier de la pré-hospitalisation (infirmière pré-hospitalisation verra avec l'anesthésiste)

CONCLUSION

- | | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| Souhaitez-vous une péridurale ? | OUI | NON |
| Remarque : | | |
| | | |

INFORMATION

Ce questionnaire, remis par votre gynécologue ou par une sage-femme, est obligatoire. Nous vous demandons de le compléter.

Selon vos réponses, il permettra à l'anesthésiste de déterminer si vous devez impérativement venir en consultation pour une évaluation complémentaire avant de donner son accord à la mise en place d'une péridurale. Si un avis « anesthésie » est nécessaire, vous serez convoquée par le service de pré-hospitalisation pour fixer un rendez-vous avec l'anesthésiste.

Evidemment, nous vous invitons à en discuter avec votre gynécologue et à participer aux réunions d'informations organisées par les sages-femmes lors desquelles des explications vous seront données sur la péridurale et les techniques alternatives d'analgésie.

Même si cet interrogatoire ne relève pas à priori de contre-indications à la péridurale et ne nécessite pas une consultation chez l'anesthésiste, nous restons à votre disposition pour toute information et serons disponibles pour vous recevoir et répondre à vos questions éventuelles.

EN RESUME :

Consultation anesthésiste si :

- 1/. Anamnèse coagulation (+) et biologie (+)
- 2/. Chirurgie dos (avec dossier)
- 3/. Maladie neurologique (avec dossier)
- 4/. Tatouage ou anomalie cutanés
- 5/. Si la patiente le souhaite
- 6/. Si pathologie grossesse
 - Eclampsie
 - Obésité morbide
 - Placenta prævia
 - ...

Signature de la patiente :

Date :