

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIE POUR ENFANTS ET JEUNES JUSQU'À 15 ANS

Cher(s) parent(s),

En complétant ce questionnaire, vous nous permettez

d'évaluer précisément la condition physique et l'état de santé de votre enfant. Nous déterminerons la méthode d'anesthésie qui lui convient le mieux sur la base de vos réponses. Les informations que vous nous communiquez demeureront bien évidemment strictement confidentielles.

Il vous est possible de faire part de questions complémentaires en relation avec l'anesthésie en page 3.

Il est également très important que vous donniez votre consentement écrit en vue de l'anesthésie en page 3 après avoir complété soigneusement ce questionnaire. Votre enfant ne subira pas d'anesthésie en l'absence de ce consentement écrit.

Veuillez également lire attentivement les remarques importantes qui suivent. Cela permettra d'éviter des situations ennuyeuses lors de l'admission.

(év. étiquette)

Nom :

Prénom :

Rue et n° :

Code postal et commune :

Date de naissance :

Poids : Taille : Groupe sanguin (si connu) :

Pédiatre :

Médecin généraliste :

Nom de la mère : GSM :

Nom du père : GSM :

Nom de l'accompagnant (s'il ne s'agit pas de la mère ou du père). GSM :

Remarques importantes

- Il est demandé de faire en sorte que votre enfant ne mange, ni ne grignote, ni ne fume **6 HEURES AVANT L'ADMISSION**. Exception : l'allaitement peut se poursuivre jusqu'à 4 heures avant l'admission. Votre enfant peut cependant boire des liquides clairs (eau, café ou thé sans lait) jusqu'à deux heures avant l'admission.
- Veuillez retirer la prothèse dentaire, les lunettes, l'appareil auditif, les lentilles de contact, les piercings, les bijoux et la montre avant l'intervention. Les lésions et/ou dommages consécutifs au non-respect de ce point sont à charge du patient.
- Le maquillage et le vernis à ongles sont interdits.
- Il vaut mieux **NE PAS APPORTER D'OBJETS DE VALEUR** à l'hôpital. Si vous souhaitez malgré tout confier un objet en dépôt, vous pouvez le remettre à la réception.
- **1 ACCOMPAGNANT ADULTE AU MAXIMUM** sont admis pour accompagner l'enfant lors de l'admission.
- **LES AUTRES ENFANTS** (frères, sœurs, etc.) ou les **AUTRES VISITES** ne sont pas autorisés.
- Dans l'intérêt de votre enfant, il est souhaitable qu'un **accompagnant soit présent et joignable dans l'hôpital pendant toute l'hospitalisation** (les personnes peuvent se relayer). Si cela est impossible, l'intervention pourra être différée, en concertation avec le médecin.
- Si votre enfant a de la **FIÈVRE** au moment de l'admission, veuillez le **SIGNALER IMMÉDIATEMENT**.
- Une atteinte dentaire ne peut jamais être exclue en cas d'anesthésie générale. Nous déclinons toute responsabilité à cet égard. Les lésions et/ou dommages sont à charge du patient.

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR LE PARENT/TUTEUR/MÉDECIN TRAITANT

1. MÉDICATION

Oui Non

Votre enfant prend-il une médication ?

☐ ☐

Si oui, laquelle (posologie + moment de la prise) :

.....

.....

.....

2. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Oui Non

Votre enfant a-t-il été traité par un médecin ces 6 dernières semaines ?

☐ ☐

Si oui, pourquoi ?

.....

A-t-on administré des vaccinations à votre enfant récemment ?

☐ ☐

Si oui, laquelle (lesquelles) ? Quand ?

.....

Votre enfant est-il né prématuré ?

☐ ☐

Si oui, de combien de semaines était-il prématuré ?

.....

Quel était le poids à la naissance de votre enfant ?

.....

Votre enfant : - a-t-il des dents déchaussées ?

☐ ☐

- porte-t-il des lunettes ?

☐ ☐

- porte-t-il des lentilles de contact ?

☐ ☐

- porte-t-il un appareil ou implant auditif ?

☐ ☐

- a-t-il des piercings ?

☐ ☐

3. INFORMATIONS MÉDICALES

Oui Non

Votre enfant a-t-il subi des opérations antérieurement ?

☐ ☐

Si oui, laquelle (lesquelles) ? Quand ?

.....

Y a-t-il eu des problèmes liés à l'anesthésie ?

☐ ☐

P. ex. : nausées, difficultés respiratoires, hémorragie ou autre(s) :

.....

Quelqu'un dans la famille a-t-il eu des problèmes liés à une anesthésie ?

☐ ☐

Si oui, quel problème ?

.....

Votre enfant présente-t-il une allergie ou une hypersensibilité ?

☐ ☐

Si oui, laquelle ? - Médication : p. ex. antibiotiques - aspirine - autre :

☐ ☐

- Alimentaire : p. ex. lait de vache - noix - fruit - autre :

☐ ☐

- Pollens, acariens :

☐ ☐

- Animaux :

☐ ☐

- Désinfectants :

☐ ☐

- Latex : p. ex. caoutchouc - ballon - plâtres - autre(s) :

☐ ☐

- Autre(s) :

☐ ☐

Votre enfant est-il diabétique ?

☐ ☐

Votre enfant souffre-t-il parfois d'asthme, de respiration sifflante ou de ronflements ?

☐ ☐

Votre enfant souffre-t-il d'eczéma ?

☐ ☐

	Oui	Non
Votre enfant a-t-il contracté récemment une maladie contagieuse ?	☐	☐
Si oui, laquelle ? P. ex. VRS, bronchiolite, bronchite, pneumonie, diphtérie, tuberculose, autre :		
Votre enfant a-t-il souffert de jaunisse (hépatite) ?	☐	☐
Votre enfant a-t-il déjà reçu une transfusion sanguine ?	☐	☐
Si oui, pourquoi ? Y a-t-il eu des effets secondaires ?		
Votre enfant a-t-il déjà connu une perte de connaissance ?	☐	☐
Si oui, dans quelles circonstances ?		
Votre enfant souffre-t-il d'épilepsie (convulsions ou spasmes) ?	☐	☐
Si oui, à quelle fréquence ?		
Votre enfant connaît-il des problèmes pour ouvrir la bouche ou bouger le cou ? (p. ex. : syndrome de KiSS)	☐	☐
Quelqu'un souffre-t-il d'une maladie musculaire dans la famille ?	☐	☐
Si oui, laquelle ? Chez qui ?		
Votre enfant a-t-il un souffle au cœur, une anomalie cardiaque congénitale ou un autre problème cardiaque ?	☐	☐
Si oui, lequel ?		
Votre enfant présente-t-il parfois une coloration bleue des lèvres ?	☐	☐
Votre enfant a-t-il une tendance aux ecchymoses ou aux saignements gingivaux ?	☐	☐
Votre enfant souffre-t-il de TDAH, d'autisme ou de comportement hyperactif ?	☐	☐
Si oui, lequel ?		
Votre enfant présente-t-il d'autres affections encore non mentionnées ?	☐	☐
Si oui, laquelle ou lesquelles ?		

REMARQUES OU QUESTIONS À L'ADRESSE DE L'ANESTHÉSISTE

.....

.....

.....

.....

CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE

Je, soussigné(e) parent/tuteur de
 (nom de l'enfant)

Consens par le présent à un examen ou à une opération sous anesthésie de mon enfant mineur. Approuve le traitement proposé par l'anesthésiste, ainsi que les éventuelles modifications indispensables du plan de traitement. J'ai compris toutes les questions et ai complété le questionnaire dans un souci de vérité, et je me conformerai aux directives exposées en page 1.

Un accompagnant sera en permanence présent et joignable dans l'hôpital durant l'intervention. Quelqu'un sera en permanence présent auprès de l'enfant/du jeune pendant les 24 premières heures suivant l'anesthésie.

Date :

Signature :

1. Directives de médication préopératoires (à prendre le jour de l'intervention, éventuellement avec une gorgée d'eau) :

	Oui	Non
Médicaments pulmonaires : - Aérosol : - Traitement par inhalateur :	+ +	
Médication pour le système nerveux : - Antiépileptiques :	+	
Médication hormonale : - Corticostéroïdes - Contraceptifs	+ +	
Médication pour le diabète : - Insuline		*
Antibiotiques et antiviraux :	+	
Médication pour l'estomac et le duodénum - Antihistaminiques H2 - Inhibiteurs de la pompe à protons	+ +	

2. Directives relatives aux examens techniques préopératoires chez:

- ASA ≥ 3 , anomalies systémiques graves, prématurité, etc. → **CONSULTATION D'ANESTHÉSIE PRÉOPÉRATOIRE**
- Anticoagulants, aspirine, diathèse hémorragique → **EXAMEN SANGUIN**

Hb/Hct, WBC, TC, aPTT, ionogramme, Ur./créat., glycémie

Remettre de préférence les résultats au patient

3. Plus d'informations:

Service d'anesthésie Vitaz
Campus Sint-Niklaas
03 760 85 48
info@anenis.be