



Ambroise Paré  
Clinique

CLINIQUE AMBROISE PARE

Rue Delbecque

62660 Beuvry

Accueil téléphonique : 03.21.63.44.00

SERVICE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

L> secrétariat : 03.21.63.45.26

Dr Amrouni - Dr Chiari - Dr Crepy - Dr Dumesnil - Dr Lenaers - Dr Pruvost

### QUESTIONNAIRE EN VUE DE L'ANESTHÉSIE D'UN PATIENT MINEUR

Madame, Monsieur,

Votre enfant va bénéficier d'une anesthésie. Ce questionnaire est destiné à mieux le connaître avant celle-ci. Remplissez-le avec soin et n'oubliez pas, il est indispensable de rapporter pour la consultation d'anesthésie les documents en votre possession, même anciens : ordonnance, carte de groupe sanguin, compte-rendu de consultation, résultats d'analyses,...

Merci.

NOM :

Prénom :

Age :

Votre enfant est-il né d'une grossesse normale ?  oui  non  ne sait pas

Si non, quelle est la raison ? .....

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes respiratoires ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà fait de l'asthme ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il déjà fait de l'eczéma ou de l'urticaire ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il déjà eu le rhume des foies ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant est-il allergique à certains médicaments, aliments ou autres produits ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez lesquels : ..... et le type de réaction : .....

.....

.....

Y a-t-il dans votre famille proche des parents allergiques ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, quel est le lien de parenté avec l'enfant ? : .....

Dans votre famille, un parent a-t-il eu un accident allergique au cours d'une anesthésie ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes cardiaques ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà eu une anesthésie générale ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, quand ? ..... et pour quelles raisons ? .....

.....

.....

Y-a-t-il eu, dans la famille, un problème au cours d'une anesthésie générale ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, expliquez : .....

Votre enfant fait-il des bleus facilement ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il fréquemment des saignements de nez ou de gencives ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il saigné longtemps après une intervention chirurgicale ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il une anomalie de la coagulation entraînant des saignements ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez : .....

Dans votre famille, un parent a-t-il une anomalie de la coagulation entraînant des saignements ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il (eu) des problèmes de colonne vertébrale ?  oui  non  ne sait pas

Scoliose ?  oui  non  ne sait pas

Fractures ou tassements de vertèbres ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il (eu) une maladie neurologique ou neuro-musculaire ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà fait des crises d'épilepsie ?  oui  non  ne sait pas



Votre enfant a-t-il déjà eu des maladies rénales ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes de foie ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà fait des crises de spasmophilie ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant est-il diabétique ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il déjà reçu du sang ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il déjà eu une maladie du sang ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant a-t-il été malade récemment ?  oui  non  ne sait pas

Votre enfant est-il bien portant en ce moment ?  oui  non

Votre enfant prend-il actuellement des médicaments ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, citez-les :

| Nom du médicament | Dosage | Matin | Midi | Soir |
|-------------------|--------|-------|------|------|
|                   |        |       |      |      |
|                   |        |       |      |      |
|                   |        |       |      |      |
|                   |        |       |      |      |
|                   |        |       |      |      |

Autres renseignements ou antécédents qu'il vous semble utile de nous donner sur votre enfant (ou ses frères et sœurs) :

.....  
.....

Date : .....

Signature du père **et** signature de la mère :  
(obligatoire)

Signature du tuteur légal :  
(si nécessaire)