

POUR LES ADOLESCENTS OU ADOLESCENTES UNIQUEMENT

Tabac

Votre enfant fume-t-il ? Oui Non

Combien de cigarettes par jour ? Depuis combien d'années ?

Votre enfant consomme-t-il du Cannabis ? Oui Non

Votre enfant consomme-t-il d'autres toxiques ? Oui Non

Gynécologie

Votre fille est-elle réglée ? Oui Non

Informations :

Avez-vous des questions à poser à l'anesthésiste ?

- Si oui, lesquelles ?

Evaluation du questionnaire :

Est-ce que vous avez trouvé que le questionnaire est clair ? Oui Non

Est-ce qu'il est contraignant ? Oui Non

Quelle sont vos remarques et suggestions ?

.....
.....
.....
.....

Un site internet a été développé par l'association Sparadrap pour mieux informer les enfants et leurs parents sur le parcours de soins, l'intervention et l'anesthésie. Il donne de précieux conseils :

<https://www.sparadrap.org/parents>



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

Signatures :

Complément d'information :



Présentation et rôle de l'anesthésie



Vidéo explicative sur l'anesthésie Générale



Vidéo explicative sur la rachianesthésie

1- <https://www.youtube.com/channel/UCWBtVYUs9yEhtgFYS5uZBug>

2- https://www.youtube.com/watch?v=m-lc7pfBA_q

3- <https://www.youtube.com/watch?v=vi0FjzrhgMc>



Questionnaire pré-anesthésique pour mineurs

A rapporter complété et signé pour la consultation de pré anesthésie

Dr Emmanuel Deau - Dr Aurélien Jobard - Dr Frédéric Lacroix - Dr Robin Legrand - Dr Isabelle Para - Dr Jeanne Pinoteau - Dr Jean-Pierre Sevin - Dr Guillaume Séchaud

Secrétariat des consultations d'anesthésie : 01.88.31.07.60

Il est indispensable de rapporter tout document médical concernant votre enfant (Carnet de santé, ordonnance, carte de groupe sanguin, compte-rendu de consultation, résultats de ses dernières analyses sanguine ou urinaire, ...)

⇒ **VOTRE ENFANT**

Nom : Prénom :

Né(e) le : .../.../.... Poids : kg Taille : m

Type d'intervention : Date de l'intervention : .../.../....

⇒ **VOTRE ENFANT A-T-IL EU DES INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE / LOCOREGIONALE / LOCALE**

DATE (si possible)	Type d'intervention ou examen	Type d'anesthésie

A-t-il eu des problèmes lors de ces anesthésies ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

- Intubation difficile
- Difficultés à respirer
- Saignements
- Nausées ou vomissements

Votre enfant souffre-t-il du « mal des transports » ? Oui Non

Autres complications au cours d'une anesthésie, à préciser

GROSSESSE ET NAISSANCE

Y a-t-il eu des complications durant la grossesse et/ou l'accouchement de votre enfant.

Oui Non

Votre enfant est né à quel terme ? (voir le carnet de santé)

Quel était son poids de naissance ?

L'enfant a-t-il été réanimé ? Oui Non

Etait-il porteur d'une malformation cardiaque ou pulmonaire, ou autre à la naissance ? Oui Non

Si oui laquelle ?

ANTECEDENTS FAMILIAUX : (mère, père, frère, sœur)

Y a-t-il des sujets allergiques dans votre famille ? Oui Non

Une personne de la famille a-t-elle présenté un accident lors d'une anesthésie ? Oui Non

Y a-t-il dans la famille des personnes atteintes de maladie neuromusculaire ? Oui Non

Y a-t-il eu une hyperthermie maligne suite à une anesthésie dans votre famille ? Oui Non

Y a-t-il eu un décès lors d'une anesthésie dans votre famille ? Oui Non

CONCERNANT L'ENFANT :

Maladie du cœur et des vaisseaux

Votre enfant a-t-il présenté des problèmes cardiaques ?
(Souffles, essoufflement, lèvres bleuées) Oui Non

Evaluation du risque hémorragique

Votre enfant a-t-il présenté des saignements prolongés au cours d'une extraction dentaire ou après une chute de dent de lait ? Oui Non

Votre enfant a-t-il présenté des saignements prolongés par le nez ? Oui Non

Votre enfant a-t-il présenté des saignements prolongés après une intervention chirurgicale : amygdalectomie, végétations ou circoncision ? Oui Non

Votre enfant présente-t-il des hématomes importants après une petite chute ou un saignement important après une petite coupure ? Oui Non

Y a-t-il dans la famille des personnes atteintes d'anomalie de coagulation sanguine ? Oui Non

Si oui, c'est quelle anomalie de la coagulation ?

Maladies respiratoires

Votre enfant a-t-il récemment, ou est-il actuellement enrhumé ? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes respiratoires (asthme, bronchiolites...) ? Oui Non

▪ Si oui : le(s)quel(s) ?

Est-ce qu'il a tendance au sifflement la nuit ou au cours d'un effort ? Oui Non

Votre enfant est-il gêné pour respirer ? Oui Non

▪ Si oui : ronfle-t-il ? Oui Non

▪ A-t-il des interruptions de la respiration durant le sommeil ? Oui Non

▪ Présente-t-il une toux nocturne ? Oui Non

Votre enfant présente-t-il d'autres problèmes respiratoires ? Oui Non

▪ Si oui, lesquels :

Le père ou la mère fument-ils ? Oui Non

Maladie d'enfance

Votre enfant est-il à jour de ses vaccins ? Oui Non

Maladies neurologiques

Votre enfant est-il sujet à des crises d'épilepsie ? des convulsions ? Oui Non

Votre enfant est-il sujet à des crises d'anxiété / d'angoisse ? Oui Non

Problèmes allergiques

Votre enfant est-il allergique à 1 ou des médicaments ? (Antibiotiques, produit d'anesthésie, latex, ...)
 Oui Non

▪ Si oui, lesquels :

Votre enfant est-il allergique à un produit de contraste de radiologie ? Oui Non

Votre enfant est-il allergique à un aliment ? Oui Non

Votre enfant a-t-il eu des réactions cutanées de type urticaire, œdème de Quincke, rhinite allergique ?
 Oui Non

▪ Si oui, laquelle : ?

Douleur

Votre enfant présente-t-il une douleur récurrente ou persistante depuis plus de trois mois ?

Oui Non

▪ Si oui, a-t-il une prise en charge spécifique pour cette douleur ?

.....

Divers

Votre enfant a-t-il eu des transfusions sanguines ? Oui Non

Votre enfant a-t-il eu des maladies infectieuses majeures (HIV, tuberculose, ...) ? Oui Non

Votre enfant a-t-il présenté une hépatite virale (ou jaunisse) ? Oui Non

Etat bucco-dentaire

Votre enfant a-t-il des dents qui bougent ? Oui Non

Si oui lesquelles ?

Traitement

Votre enfant prend-t-il des médicaments Oui Non

Si oui, Lesquels: (nom, dose, moment de la journée , durée ; n'oubliez pas l'ordonnance)

-

-

-