

Les consultations de pré-anesthésie se déroulent du lundi au vendredi

PRISE DE RENDEZ-VOUS OBLIGATOIRE

1. Par internet sur le site monrendezvousdanesthesie.fr
2. Par téléphone au **04.67.800.117** (de 10h à 12h et de 13h à 16h)
3. Au cabinet médical du lundi au vendredi

Lors de votre venue en consultation vous devez **OBLIGATOIREMENT** vous munir

• pour une intervention chirurgicale :

1. De ce **questionnaire médical** complété et signé.
2. De la **fiche de pré-admission** remise par votre chirurgien.
3. De votre dernière **ordonnance** de médicaments si vous avez un traitement.
4. De vos derniers **comptes-rendus cardiologiques** si vous êtes suivi par un cardiologue (-2 ans).
5. Des résultats de vos dernières **prises de sang** (-6 mois si vous en avez réalisé).
6. De la réponse de votre mutuelle si il y a un dépassement d'honoraire.

• pour le suivi de grossesse :

1. La **fiche de préadmission** remise par votre gynécologue.
2. Du questionnaire médical complété et signé.
3. Du **groupage sanguin** ou de la **carte de groupe sanguin.**
4. **Les résultats de la prise de sang** effectués une semaine avant la consultation d'anesthésie.

NOM :	PRENOM :	Date de naissance :/..../.....
Profession :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Age : Poids : Taille :
Nombre de grossesses :	Nombre d'enfants :	Etes-vous enceinte ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Intervention :		
Chirurgien/Gynécologue:		
Date :/..../.....	L'intervention se déroule-t-elle en ambulatoire ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	L'intervention se déroule-t-elle en hospitalisation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà subi une opération ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu un incident lors d'une anesthésie ?
Si oui, lesquelles ?		Nausées ou vomissements ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Saignements ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Problème d'intubation ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Difficultés pour perfuser ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Autres :
		Avez-vous déjà eu une péridurale/rachi ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Avez-vous eu le Covid-19 ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Êtes-vous vacciné ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
----------------------------	---	---------------------	---

Prenez-vous des médicaments ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ?
Si oui, il est IMPERATIF de prendre votre dernière ordonnance		

Avez-vous des allergies ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles ?
Si oui, quelle réaction :		

Avez-vous fait un infarctus ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Etes-vous essoufflé(e) à l'effort ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des stents ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous des douleurs dans la poitrine ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'hypertension ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Faites-vous des malaises ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une arythmie cardiaque ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Pratiquez-vous du sport ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait une phlébite ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Consultez-vous un cardiologue ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques :		Si oui, lequel :	

Fumez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous de l'apnée du sommeil ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes par jour :		Si oui, êtes-vous appareillé ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'asthme ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous fait une embolie pulmonaire ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une bronchite chronique (BPCO) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres problèmes respiratoires :	

Etes-vous diabétique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous du cholestérol ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, prenez-vous de l'insuline ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu des crises de goutte ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie de la thyroïde ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres maladies métaboliques :	

Avez-vous eu un ulcère à l'estomac ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous une cirrhose ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous du reflux gastro-œsophagien ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous (eu) une hépatite virale (B ou C) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Consommez-vous de l'alcool ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, est-elle guérie ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, combien de verres par jour :		Autres maladies digestives :	

Avez-vous un adénome de la prostate ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous une insuffisance rénale ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait une colique néphrétique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres maladies rénales/urologiques :	

Etes-vous épileptique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous une maladie de Parkinson ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous fait un AVC ou un AIT ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres maladies neurologiques :	

Avez-vous une maladie de la coagulation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Etes-vous témoin de Jéhovah ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous tendance à saigner facilement ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous une anémie ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une transfusion ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres maladies hématologiques :	

Avez-vous un glaucome ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous le mal des transports ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous le VIH ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres maladies à signaler :	
Avez-vous eu une greffe de cornée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Avez-vous pris des hormones de croissances ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Avez-vous des problèmes au dos/colonne ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Si oui, lesquels :			

Avez-vous des dents cassées ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Vous êtes informé(e) que le risque de bris dentaire dans le cadre d'une anesthésie existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Signature :
Avez-vous des dents fragiles ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des appareils dentaires amovibles ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Ce document nous renseigne sur votre état de santé et nous permet de vous dispenser les meilleurs soins. Après avoir complété ce questionnaire, vous avez, le cas échéant, sollicité des explications complémentaires et votre signature au bas de ce document atteste que vous avez parfaitement compris les questions qui vous ont été posées et que vous acceptez la procédure qui vous a été proposée. Nous vous avons aussi expliqué et remis une fiche d'information concernant l'anesthésie et ses risques que vous avez parfaitement comprise et signée.

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

Signature du patient parents tuteur

INFORMATION SUR LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

En tant qu'anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux, nous sommes autorisés par les organismes d'assurance maladie à exercer en secteur conventionné à honoraires libres (secteur 2). C'est-à-dire à demander une rémunération supérieure au tarif conventionnel de la sécurité sociale pour nos consultations et/ou nos actes médicaux (article 37 de la convention nationale du 1^{er} juillet 1985).

Vous pouvez donc être amenés à payer des dépassements d'honoraires lors de la consultation de pré-anesthésie (entre 15 et 30€). Le montant de la consultation étant inférieur à 70 €, aucune information écrite préalable n'est nécessaire.

Pour votre intervention, vous pouvez aussi être amenés à payer des dépassements d'honoraires qui s'élèveront en général à la moitié des dépassements d'honoraires pratiqués par le chirurgien (exemple : 200 € pour le chirurgien peut entraîner 100 € pour l'anesthésiste). Un devis vous sera remis lors de la consultation d'anesthésie et ces frais seront à régler à la clinique le jour de votre opération.

Votre mutuelle, selon les garanties que vous avez souscrites, peut prendre en charge ces frais en totalité ou partiellement.

Vous devrez donc faire parvenir le devis du chirurgien et de l'anesthésiste à votre mutuelle avant l'intervention.

En cas de difficultés, nous sommes à votre disposition pour trouver une solution adaptée à votre situation.