

Consultation pré-anesthésique

Nom : Prénom : Nom d'épouse : Date de Naissance : Sexe :	N° patient
--	------------

Médecin anesthésiste réanimateur consultant :	Date de consultation : ____/____/____ Lieu : <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Bloc <input type="checkbox"/> Unité d'hospitalisation
--	--

Nom de l'opérateur : Type d'intervention (pathologie causale) Technique chirurgicale prévue Coté :	Date prévue de l'intervention : ____/____/____ Position : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> DD</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> DV</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> DL</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> GP</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Assise</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Table orthopédique</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DD	<input type="checkbox"/> DV	<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> GP	<input type="checkbox"/> Assise	<input type="checkbox"/> Table orthopédique
<input type="checkbox"/> DD	<input type="checkbox"/> DV						
<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> GP						
<input type="checkbox"/> Assise	<input type="checkbox"/> Table orthopédique						

Circonstances de l'anesthésie :		
<input type="checkbox"/> Programmée	<input type="checkbox"/> Non programmée	<input type="checkbox"/> Urgences
<input type="checkbox"/> Estomac plein	<input type="checkbox"/> Garde	<input type="checkbox"/> Ambulatoire

Type d'anesthésie prévue :	
<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> Locale :
<input type="checkbox"/> Loco-régionale	<input type="checkbox"/> Périmédullaire <input type="checkbox"/> Tronculaire <input type="checkbox"/> Combinée

Antécédents médicaux <i>Recopier les informations utiles du questionnaire patient</i>	Antécédents chirurgicaux <i>Recopier les informations utiles du questionnaire patient</i>
---	---

Facteurs influençant une anaphylaxie per-anesthésique

- ☐ Allergie avérée (bilan allergologique à un médicament, ou à un produit susceptible d'être administré pour l'anesthésie)
- ☐ Manifestation clinique évocatrice d'une allergie lors d'une anesthésie précédente
- ☐ Allergie au latex
- ☐ Enfant multiopéré (spina bifida, myéloménigocèle)
- ☐ Allergie alimentaire (avocat, banane, kiwi, châtaigne, sarrasin)

Conclusions, décisions :

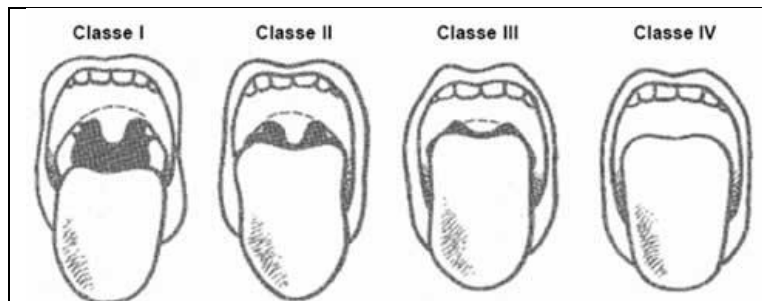
Bilan allergologique pré-anesthésique : ☐ Oui ☐ Non

Mode de vie : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie

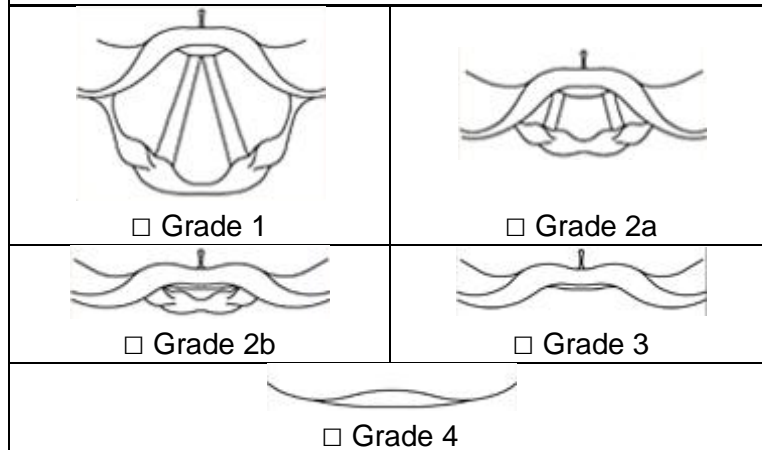
Traitement en cours :

Evaluation des conditions d'intubation

Score de Mallampati-Cormack



☐ Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ Classe 3 ☐ Classe 4



☐ Grade 1

☐ Grade 2a

☐ Grade 2b

☐ Grade 3

☐ Grade 4

Ouverture de bouche :

- ☐ <20mm (IOT impossible)
- ☐ <35mm
- ☐ >35mm

Distance thyro-mentonnaire :

- ☐ <65mm
- ☐ >65mm

Etat bucco-dentaire :

Conclusions, décisions :

Statut physique ASA	<input type="checkbox"/> 1 : Patient normal
	<input type="checkbox"/> 2 : Patient avec anomalie systémique modérée
	<input type="checkbox"/> 3 : Patient avec anomalie systémique sévère
	<input type="checkbox"/> 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
	<input type="checkbox"/> 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
	<input type="checkbox"/> 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe
	<input type="checkbox"/> Urgence

Poids : kg	Taille : cm
Fréquence cardiaque : bat/min	Pression artérielle :/..... mmHg
Abord vasculaire :	Risque thrombo-embolique
.....	Faible / Modéré / Elevé
.....
.....