

**SERVICE
D'ANESTHESIOLOGIE**

Dr O. OPSOMER
Chef de service

Dr G. PICHON
Chef de service adjoint
Maître de stage

Dr E. DEFLANDRE
Chef de service adjoint

Dr F. GOOSSENS
Dr J. PIERRE
Dr D. BERGHMANS
Dr J. DEMOITIE
Dr E. HAUFROID
Dr E. LANGLET
Dr M. VANHOONACKER
Dr S. LACROIX

Visite anesthésique préopératoire pédiatrique

Présence obligatoire d'un des parents aux côtés de l'enfant
pour la consultation préopératoire.

Pour les enfants de moins de un an : merci d'apporter le carnet de santé de l'enfant.

NOM, Prénom de l'enfant	
Date de Naissance
Poids :	kgs Taille : cm

**Merci de remplir le questionnaire au verso dès à présent
et de l'apporter à la consultation d'anesthésie et lors de
l'hospitalisation de votre enfant.**

**Pour adapter au mieux son anesthésie, le médecin anesthésiste établira un bilan
de santé et pourra proposer des examens complémentaires à effectuer.**

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire, confidentiel, est destiné à dépister un certain nombre de problèmes qui, méconnus, pourraient rendre l'anesthésie et la chirurgie plus difficiles. Remplissez-le avant de rencontrer l'anesthésiste. Veuillez cocher d'une croix la case qui correspond à votre réponse. Si vous répondez "OUI" à une des questions, détaillez votre réponse.

Nom : GROUPE SANGUIN
Prénom : (Préparer votre carte)
Age : ans
Poids : kg Taille cm Rh
Téléphone de la personne à contacter, nom et prénom, lien avec le patient :

1. Antécédents de votre enfant :

- Poids de naissance de l'enfant : kgs.
- Votre enfant est-il né prématurément ? Oui Non
Si oui, né à semaines.
- Votre enfant présente-t-il de l'asthme ? Oui Non
- Votre enfant présente-t-il un reflux au niveau de l'estomac ? Oui Non
- Votre enfant a-t-il déjà présenté de l'épilepsie ? Oui Non
- Votre enfant a-t-il un souffle au cœur ? Oui Non
- Votre enfant est-il limité dans ses efforts physiques ? Oui Non
- Votre enfant ronfle-t-il la nuit ? Oui Non
- Votre enfant est-il en ordre de vaccination ? Oui Non
- Votre enfant présente-t-il une maladie des nerfs et/ou des muscles ? Oui Non
- Votre enfant est-il en contact avec des personnes qui fument ? Oui Non
- Votre enfant a-t-il présenté une infection des voies aériennes dans les 15 derniers jours ? Oui Non
- Indiquer ci-dessous les opérations chirurgicales que votre enfant a déjà eues ?

Interventions	Année	Anesthésie générale
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Décrire ci-dessous les éventuels problèmes anesthésiques rencontrés lors de ces interventions :

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

2. Hémostase :

- Lors de la naissance, le cordon ombilical a-t-il saigné longtemps ? Oui Non
- Votre enfant saigne-t-il facilement du nez ? Oui Non
- Votre enfant a-t-il souvent des « bleus » au niveau du corps ? Oui Non
- Votre enfant a-t-il présenté un problème d'hémorragie après une Intervention chirurgicale ? Oui Non

3. Merci d'indiquer ci-dessous le traitement habituel que prend votre enfant à votre domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Allergie(s) :

Votre enfant présente-t-il une allergie aux produits suivants :

- au sirop antitussif ? Oui Non
- aux œufs ? Oui Non
- aux arachides ? Oui Non
- aux antibiotiques ? Oui Non
- aux ballons gonflables ? Oui Non
- aux kiwis ? Oui Non
- aux bananes ? Oui Non
- à un autre produit ? Oui Non

5. Antécédents des parents :

- Le papa et/ou la maman présente(nt)-il(s) des problèmes de santé particulier ? Si oui, merci de les décrire brièvement ci-dessous.

.....

.....

Le papa et/ou la maman a-t-il (ont-ils) déjà présenté(s) des problèmes lors d'une anesthésie ? Si oui, merci de les décrire brièvement ci-dessous.

.....

.....

Existe-t-il dans les familles respectives des maladies des nerfs et/ou des muscles ou une maladie de la coagulation ? Si oui, merci de les décrire brièvement ci-dessous.

.....

.....

Cette page sera remplie par l'anesthésiste.

A. Examen physique :

- Auscultation pulmonaire : cardiaque :
- Fréquence cardiaque :SpO₂ :
- Abord veineux : facile difficile
- Dents mobiles : oui non Rétrognathie : oui non

B. Anamnèse spécifique :

- Anamnèse coagulation :

C. Prémédication :

- générale : Dormicum 0.3 mg/kg (maximum 10 mg)
 - per os : 20 minutes préop
 - intra-rectal : 10 minutes préop
- Amygdalectomie : Clonidine : 2 à 4 microg/kg
- Paracétamol per os dans la prémédication