

**SERVICE  
D'ANESTHESIOLOGIE**

Dr E. DEFLANDRE  
Chef de service  
Maître de Stage

Dr G. PICHON  
Dr O. OPSOMER  
Chefs de service adjoints

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 : .....SpO<sub>2</sub> : .....
- 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