

# DOSSIER ANESTHÉSIE

À compléter avant la consultation d'anesthésie

3

## ANESTHÉSIE 1 - PHILÉAS



Dr Nazim ABDELKRIM  
Dr William BARON  
Dr Sébastien CAMPARD  
Dr Guillaume DEBEC  
Dr Lionel DESCHIENS  
Dr Thierry GAZEAU  
Dr Antoine HIVERT  
Dr Constantin HURET  
Dr Elodie JOUBERT  
Dr Nicolas JOUHET

Dr Edouard LEGRAND  
Dr Martin LIARD  
Dr Paul LOUVEL  
Dr Maëlle MALIDIN  
Dr Bertrand MAUBRAS  
Dr Pierre MILLOUR  
Dr Nelly RONDEAU  
Dr Barthélémy SION  
Dr Vlad SUPARSCHI  
Dr Christiane VINCENT

### SELARL Phileas.

Société d'Exercice Libéral de médecins spécialistes en  
Anesthésie-Réanimation

Prise de rendez-vous par téléphone ou en ligne :

[www.anesthesie-clinique-jules-verne.fr](http://www.anesthesie-clinique-jules-verne.fr)

Tél : 02 51 17 30 31 - Fax : 02 51 17 30 32

@ secretariat.phileas@outlook.fr

2 sites de consultation à votre disposition :

→ Nantes : Clinique Jules Verne. 2-4 route de Paris - 44314

→ Ancenis : Maison médicale - 170, rue du Verger - 44150

Présentez-vous 15 min avant votre RDV d'anesthésie

## ANESTHÉSIE 2 - VICTORIA

Dr Isabelle BESANÇON  
Dr Florent CAPRON  
Dr Maëla COTTEN  
Dr Anaïs GUEGUEN  
Dr Julie GUIGNARD  
Dr Marion HELIAS  
Dr Elisabeth HENTGEN

Dr Nabil HINA  
Dr Olivier LOUTREL  
Dr Matthieu MOREL  
Dr Morgane MOREL  
Dr Valentine NEEL  
Dr Pierre Antoine PERREAU  
Dr Nicolas RYTTER

Prise de rendez-vous : **Uniquement par téléphone**

Tél : 02 51 17 17 70 - Fax : 02 51 17 17 71

@ sec.anesthesie.julesverne@hospigrandouest.fr

1 site de consultation à votre disposition :

→ Nantes : Clinique Jules Verne. 2-4 route de Paris - 44314

## MUNISSEZ-VOUS



- Votre carte vitale et votre carte de mutuelle.
- Vos ordonnances et analyses récentes, carte de groupe, électrocardiogramme, compte rendu de consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue...)
- Pour les enfants, merci de rapporter le carnet de santé et l'autorisation d'opérer complétée et signée par les deux parents.

## VOTRE CONSULTATION

Vous avez rendez-vous le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à \_\_h\_\_

Avec le Docteur : \_\_\_\_\_

Date d'intervention : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Heure d'entrée : \_\_ h\_\_

Type d'intervention : \_\_\_\_\_

Ambulatoire  Hospitalisation complète

Date d'intervention : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Heure d'entrée : \_\_ h\_\_

Type d'intervention : \_\_\_\_\_

Ambulatoire  Hospitalisation complète

Nom du chirurgien : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Hospitalisation à l'étranger plus de 24h au cours de l'année passée :  Oui  Non

Maladie contagieuse (tuberculose, gale, autres...) :  Oui  Non

Etes-vous porteur d'une bactérie multirésistante (BMR) ou hautement résistante (BHRe) aux antibiotiques ?  Oui  Non

Tournez la page, SVP



## MIEUX VOUS CONNAÎTRE

Nom usuel : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 Sexe :  Homme  Femme  
 Votre profession : \_\_\_\_\_  
 Votre taille : \_\_\_\_\_ Votre poids : \_\_\_\_\_  
 Perte de poids dans les 6 derniers mois ?  Oui  Non – Si OUI, combien ? \_\_\_\_\_  
 Avez-vous déjà été opéré(e) :  Oui  Non – Si OUI, de quoi ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Mode de vie

Faite-vous du sport :  Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Fumez-vous :  Oui  Non ( \_\_cigarettes / jour)

Avez-vous fumé :  Oui  Non

Consommez-vous de l'alcool tous les jours :  Oui  Non

### Cardiovasculaire

- Angine de poitrine  
 Arythmie  
 Souffle au cœur  
 Hypertension artérielle  
 Varices
- Infarctus  
 Œdème des jambes  
 Insuffisance cardiaque  
 Artérite  
 Embolies  
 Phlébites

### Respiratoire

- Asthme  
 Ronflement  
 Bronchites
- Apnée du sommeil  
 Pneumonie, Pleurésie
- Autres : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Neurologique

- Convulsions  
 Accident vasculaire cérébral  
 Autres : \_\_\_\_\_
- Pertes de connaissances  
 Sciatique

### Digestif

- Hépatite  
 Ulcère  
 Autres : \_\_\_\_\_
- Mal des transports  
 Hernie hiatale

### Allergique

- Produits iodés  
 Autres : \_\_\_\_\_
- Médicaments : \_\_\_\_\_

### Urinaires

- Prostate  
 Insuffisance rénale

### Hémorragiques

- Saignements prolongés après des opérations  
 Règles très abondantes  
 Transfusions : \_\_\_\_\_
- Saignements de nez fréquents  
 Hémophilie dans la famille  
 "Bleus" fréquents

Si courrier de l'EFS, le transmettre au praticien

### Autres maladies

- Diabète  
 Cholestérol  
 Dépression
- Glaucome  
 Thyroïde  
 Tétanie

Autres : \_\_\_\_\_

### Pour les enfants (Antécédents familiaux)

- Myopathie  
 Hyperthermie maligne
- Strabisme  
 Maladie neurologique

### Pour les femmes

- Vous êtes enceinte  
 Vous prenez la pilule

### Quels sont les médicaments que vous prenez ? (Apportez OBLIGATOIREMENT vos ordonnances de médicaments)

Le matin : \_\_\_\_\_

Le midi : \_\_\_\_\_

Le soir : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà pris récemment d'autres médicaments : \_\_\_\_\_

Portez-vous une prothèse :  dentaire  auditive  lentille oculaire  autres : \_\_\_\_\_

Avez-vous une ou plusieurs dents fragiles, mobiles ou cassées ?  Oui  Non

**Pour les Urgences :** Heure du dernier repas \_\_ h\_\_ Heure de la dernière boisson \_\_ h\_\_