

DOSSIER ANESTHÉSIE

À compléter avant la consultation d'anesthésie

3

ANESTHÉSIE 1 - PHILÉAS



SELARL Phileas

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

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

Dr Clément LE PORT
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

Prise de rendez-vous en ligne :

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

ANESTHÉSIE 2 - VICTORIA

Dr Florent CAPRON
Dr Maëla COTTEN
Dr Anaïs GUEGUEN
Dr Julie GUIGNARD

Dr Elisabeth HENTGEN
Dr Nabil HINA
Dr Morgane MOREL
Dr Valentine NEEL

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

Merci de vous présenter 20 min avant votre RDV d'anesthésie

VOTRE CONSULTATION

VEUILLEZ APPORTER

→ Votre carte vitale, carte de mutuelle et carte identité.
→ Vos ordonnances et analyses récentes, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme, compte rendu de consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue...).

→ Pour les mineurs, merci d'apporter le carnet de santé et l'autorisation d'opérer complétée et signée par les deux parents.
→ La consultation se fait avec un/une titulaire de l'autorité parentale.



Vous avez rendez-vous le ___ / ___ / ____ à ___h___

Avec le Docteur : _____

Intervention 1

Date : __ / __ / ____

Date d'entrée : __ / __ / ____ Matin Après-midi

Type d'intervention : _____

Ambulatoire Hospitalisation complète

Nom du chirurgien : _____

Nom du médecin traitant : _____

Intervention 2

Date : __ / __ / ____

Date d'entrée : __ / __ / ____ Matin Après-midi

Type d'intervention : _____

Ambulatoire Hospitalisation complète

MIEUX VOUS CONNAÎTRE

Cochez les cases quand vous êtes concernés.

Nom usuel : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Date de naissance : __ / __ / ____ Homme Femme Non-Binaire
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 ? _____

Avez-vous eu des problèmes au cours d'une opération ? Si oui, lesquels ? _____
Présentez-vous une maladie contagieuse (tuberculose, gale, autres ...) ? Oui Non
Etes-vous porteur d'une bactérie hautement résistante (BHRe) ou d'une bactérie multirésistante (BMR) aux antibiotiques? Oui Non
Avez-vous été hospitalisé à l'étranger pendant au moins 24 heures dans les 12 derniers mois? Oui Non - Si oui, où et quand? _____
Avez-vous été hospitalisé en France au cours des 24 derniers mois? Oui Non - Si oui, où et quand? _____
Avez-vous voyagé à l'étranger depuis moins de 3 mois? Oui Non - Si oui, où et quand? _____

Mode de vie

Avez-vous une activité physique régulière ? Oui Non
Si oui, laquelle : _____
Fumez-vous : Oui Non
Si oui : ____ cigarettes / jour
Avez-vous fumé : Oui Non
Consommez-vous de l'alcool tous les jours : Oui Non
Consommez-vous de la drogue ? Oui Non
Avez-vous besoin d'une aide pour marcher ? Oui Non

Cardiovasculaire

Angine de poitrine Varices Artérite
 Arythmie Perte de connaissance Embolies
 Souffle au cœur Œdème des jambes Phlébites
 Hypertension artérielle Insuffisance cardiaque Infarctus
 Pose de stent

Respiratoire

Asthme Pneumonie, Pleurésie
 Ronflement Insuffisance respiratoire
 Bronchites Autres : _____
 Apnée du sommeil

Neurologique

Convulsions Sciatique
 Accident vasculaire cérébral Troubles de la mémoire ou de l'attention
 Paralysies Autres : _____

Digestif

Hépatite Mal des transports
 Ulcère Hernie hiatale / reflux gastrique
 Pancréatite Steatose ou cirrhose

Urinaire

Prostate
 Insuffisance rénale
 Infection urinaire

Autres maladies

Diabète Dépression Thyroïde
 Cholestérol Glaucome Anxiété

Douleurs chroniques

Allergique

Avez-vous déjà eu des gonflements, des éruptions ou de l'asthme avec certaines substances ou médicaments, lesquels ? _____
Avez-vous déjà consulté un allergologue ou été désensibilisé ? Oui Non
Supportez-vous mal certains médicaments (maux de tête, sueurs, troubles digestifs, etc) et lesquels ? _____

Hémorragiques

Saignements prolongés après des opérations Saignements de nez fréquents "Bleus" fréquents
 Règles très abondantes Hémophilie dans la famille Transfusions : _____
Si courrier de l'EFS, le transmettre au praticien

Pour les femmes

Êtes-vous enceinte ? Oui Non Prenez-vous la pilule ? Oui Non

Pour les enfants (antécédents familiaux)

Myopathie Strabisme Maladie neurologique Hyperthermie maligne

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