



Questionnaire sur l'état bucco-dentaire à rapporter rempli lors de la consultation pré-anesthésique

Version 1 – Avril 2009



ETIQUETTE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Date : / / Nom : Prénom :

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui non

Partielle Maxillaire supérieur Maxillaire inférieur
 Complète Maxillaire supérieur Maxillaire inférieur

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui non
 Lesquelles.....

Avez- vous des dents mobiles ou déchaussées ? oui non

Etes-vous en traitement chez votre dentiste ? oui non

Portez-vous des prothèses provisoires ? oui non

Avez-vous en bouche un travail dentaire récent (moins d'un an) ?
 De quel type ? Où ?

Avez- vous des implants ? oui non

Avez-vous des troubles des articulations de mâchoires ? oui non
 (Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture)...

Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ? oui non

Avez- vous lu les questions ci-dessus ? oui non

Le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et est d'autant plus grand que votre denture est fragile, c'est pourquoi nous vous demandons de remplir soigneusement le questionnaire ci-dessus. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre dentiste traitant afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.

Signature :

NOM : Prénom : Né(e) le :

Poids : Taille :

Type d'intervention : Droite Gauche

Date prévue :

Chirurgien : Le

Anesthésiste :

Avez vous déjà été endormi (e) Oui Non
 Pour quel type d'anesthésie : Générale Locorégionale Locale
 Pour quelles interventions ?.....

Un incident s'est il produit au cours de ces anesthésies ? Oui Non
 Si oui, lequel ?.....

Faites vous facilement des hématomes ? Oui Non
 Saignez vous longtemps après une coupure ? Oui Non

Avez-vous déjà été transfusé (e) ? Oui Non

Appareil respiratoire :
 Avez-vous souvent des bronchites ? Oui Non
 Fumez-vous ? Si oui combien de cigarettes par jour ?..... Oui Non
 Faites-vous de l'asthme ? Oui Non

Appareil cardio-vasculaire
 Montez-vous difficilement l'escalier ? Oui Non
 Votre médecin vous soigne-t-il pour le cœur ? Oui Non
 Dormez-vous avec plus de deux oreillers ? Oui Non
 Souffrez-vous de varices ? Oui Non
 Avez-vous fait des phlébites ? Oui Non
 Avez-vous fait des embolies pulmonaires ? Oui Non
 Souffrez-vous de baisses ou de hausses de tension ? Oui Non
 Souffrez-vous parfois de gonflement des pieds et des jambes ? Oui Non

Imprimerie Les Ateliers de l'Ostrevent 03 27 21 07 70

