

PENSEZ A APPORTER : le carnet de santé, les ordonnances, les comptes rendus de suivi des spécialistes, les examens complémentaires et biologiques en votre possession.

Informations Générales

Nom : Marche acquise : Non Oui
Prénom : Pouce sucé : Droit / Gauche
Date de naissance : Parfum de glace préféré :
Sexe : M / F
Poids (kg) : **Taille (cm) :**
Votre enfant est-il suivi par un spécialiste ?
 Non Oui → Préciser :
Intervention prévue :
Côté opéré :
Date de l'intervention :
Type d'hospitalisation prévu : Ambulatoire / Complète / Urgence

Antécédents Médicaux

- Votre enfant a-t-il déjà subi une ou plusieurs interventions ? Non
 Oui → Lesquelles :
- Votre enfant prend-il des médicaments régulièrement ? Non
 Oui → Apporter l'ordonnance ou lister les médicaments :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des complications lors d'une anesthésie ? Non
 Oui → Allergie / Nausées / Intubation difficile / Autre :

Antécédents Familiaux

- Antécédents familiaux d'incidents anesthésiques ? Non
 Oui → Hyperthermie maligne / Réaction aux curares / Autre :
- Maladies génétiques dans la famille ? Non
 Oui → Hémophilie / Drépanocytose / Myopathie / Autre :

Allergies et Sensibilités

- Votre enfant a-t-il des allergies ? Non
 Oui → Pénicilline / Œufs / Latex / Autre :
Quelle réaction : Éruption cutanée / Urticaire / Œdème de Quincke
 Arrêt Cardiaque / Autre :

Dentition

- Votre enfant a-t-il (déjà eu) des problèmes dentaires ? Non
 Oui → Appareil dentaire / Dents mobiles / Autre :

Problèmes Médicaux Passés ou Actuels

- Votre enfant est-il né prématurément ? Non
 Oui → A quel terme :
- Votre enfant a-t-il déjà eu un problème cardiaque ? Non
 Oui → Souffle au cœur / Cardiopathie congénitale / Autre :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes respiratoires ? Non
 Oui → Asthme / Apnées du sommeil / Autre :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes neurologiques ou musculaires ? Non
 Oui → Épilepsie / Retard psychomoteur / Autisme / Autre :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes osseux ou articulaires ? Non
 Oui → Scoliose / Autre :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes urinaires ? Non
 Oui → Infections urinaires / Malformation urinaire / Autre :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes digestifs ? Non
 Oui → Reflux / Autre :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes endocriniens ? Non
 Oui → Diabète insulino-dépendant / Autre
- Votre enfant a-t-il déjà eu des saignements ou des anomalies de coagulation ? Non
 Saignement anormal sur une extraction dentaire ou une chirurgie
 Hématomes importantes Saignement à la chute du cordon
 Maladie de la coagulation : Hémophilie / Maladie de Willebrand
 Autre :
- Votre enfant a-t-il déjà été transfusé ? Non
 Oui → Pour quelle raison :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des antécédents de cancer ? Non
 Oui → Leucémie / Autre :
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes ophtalmologiques ? Non
 Oui → Strabisme opéré / Port de lunettes / Autre :

Pour les adolescentes

- Votre fille est-elle susceptible d'être enceinte ? Oui Non

Informations Supplémentaires

- Avez-vous d'autres informations à signaler ? Non
 Oui → Phobie des aiguilles / Difficulté à supporter les masques / Autre :