

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX**  
**Hôpital des Enfants – CHU de Pellegrin**  
**Service d'Anesthésie Réanimation SCOPE du Pr Karine NOUETTE-GAULAIN**  
**Unité d'Anesthésie Pédiatrique**

**QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE  
ET  
AUTORISATION DE SOINS**

**Praticiens Hospitaliers :**

Dr Hélène Batoz  
Dr Daniel Berenguer  
Dr Marilyne Bordes-Demolis  
Dr Anne Didier-Vidal  
Dr Yann Hamonic  
Dr Sylvaine Lagarde  
Dr Alia Meghenem  
Dr Monireh Nejatbakhsh  
Dr Gaëlle Roux  
Dr Lucia Scordo  
Dr François Semjen (Responsable d'Unité)  
Dr Quentin Hisz

**Ass. Spécialiste Hôpitaux :**

**Votre enfant nécessite une anesthésie pour un examen ou une opération. Il sera confié à un médecin anesthésiste. Pour faciliter cette prise en charge, nous vous demandons de répondre, si possible, à ces quelques questions.**

1) Nom, Prénom et date de naissance de l'enfant

2) Quel est le poids de l'enfant ? .....

3) Est-il scolarisé ? ..... oui  non  En quelle classe ? .....  
Pratique-t-il un sport ? .....

4) A t-il déjà été opéré ? ..... oui  non   
• Si oui, quelle(s) opération(s) ? .....

• Si oui, y a t-il eu des complications et lesquelles ? .....

5) A t-il déjà eu une anesthésie en dehors d'une opération ? ... oui  non  .....

6) Si l'enfant a moins d'1 an, était-il prématuré ? ..... oui  non  (terme et poids : .....

7) A t-il eu dans le passé des problèmes de santé ? ..... oui  non   
• Si oui, lesquels ? .....

8) A t-il déjà été hospitalisé ? ..... oui  non   
• Si oui, pour quelle(s) raisons ? .....

- 9) A t-il actuellement une maladie autre que celle nécessitant l'opération ? .....
- 10) Prend-il actuellement des médicaments ? ..... oui  non
- Si oui, lesquels ? ..... à quelles doses ? .....
- 11) L'enfant fume t-il ? ..... oui  non  Y a t-il des fumeurs à la maison ? ..... oui  non
- 12) Présente t-il des allergies (urticaire, rhume des foins, asthme, eczéma, œdème...) ? ..... oui  non
- Si oui, pour quel produit, aliment ou médicament ? .....
- 13) Saigne t-il facilement ou de façon prolongée (nez, gencives, bleus, plaies cutanées...) ? ..... oui  non
- 14) Vomit-il facilement ou a t-il le mal des transports ? ..... oui  non
- 15) Y a t-il des allergiques dans la famille ? ..... oui  non
- 16) Y a t-il eu des incidents ou accidents lors d'anesthésies chez des membres de la famille (allergie, chute de tension, réveil retardé, fièvre, agitation, autres...)? .....
- 17) Avez-vous une maladie familiale à mentionner ? .....

### AUTORISATION CONCERNANT LES MINEURS

Je soussigné, ..... (père)

Je soussigné, ..... (mère)

Je soussigné, ..... (tuteur)

autorise (autorisons) les médecins du service de .....

à pratiquer toute intervention chirurgicale et examens complémentaires, si besoin sous anesthésie générale ou locorégionale, sur la personne de mon (nôtre) enfant mineur .....

autorise (autorisons) tout transport éventuel vers un autre établissement (pour consultation, transfert ou mutation) nécessité par l'état de l'enfant.

La personne indiquée, ci-dessous, est habilitée à effectuer la sortie de mon (nôtre) enfant à l'issue de son hospitalisation :

Nom – Prénom : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Date et lieu : .....

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur légal

(NB : • dans le cas de parents divorcés, le père ou la mère ayant la garde, devra fournir un justificatif  
• en cas d'autorité parentale conjointe, l'autorisation écrite des deux parents est obligatoire.)