**Organisation de la télé-consultation de pré-anesthésie dans le contexte d'épidémie de COVID19**

Madame, Monsieur,

Votre enfant doit bénéficier d'un geste sous anesthésie générale dont le chirurgien ou le médecin a confirmé qu'il ne pouvait être reporté de plus de 1 mois.
Dans les circonstances exceptionnelles de l'épidémie COVID 19, il est important de respecter les consignes de confinement et de ne pas vous exposer inutilement. C'est pourquoi, nous vous proposons de réaliser cette consultation d'anesthésie par télé-consultation.

Si vous acceptez cette téléconsultation, nous devrons suivre ensembles plusieurs étapes :
- La première consistera à vérifier l'identité de votre enfant et la votre : merci de préparer les justificatifs (carte nationale d'identité, livret de famille) pour notre rendez-vous.
- Vous pourrez nous transmettre des documents en les prenant en photos (ou en les scannant), et en les insérant dans votre espace patient ou par retour de mail au secrétariat d'anesthésie, avant notre RDV.
- Préparez, en vue de cette rencontre un récapitulatif de l'état de santé de votre enfant depuis sa naissance en remplissant le questionnaire que vous avez reçu préalablement par mail.

Merci de lire les documents d'information liés au geste et à l'hospitalisation de votre enfant.
Vous pouvez également préparer son séjour en cliquant le lien suivant : https://www.sparadrap.org/parents/loperation-lhospitalisation/mon-enfant-va-etre-opere-sous-anesthesie-generale

L'examen clinique sera réalisé à votre arrivée dans notre établissement.
Si des examens complémentaires (radio, échographie, avis spécialisés) s'avèrent nécessaires après cet examen clinique, nous mettrons tout en œuvre pour les réaliser rapidement en évitant de retarder le geste opératoire.
Si une prise de sang est nécessaire, nous vous indiquerons lors de la consultation quand et où elle sera réalisée.

Si nous estimons (médecin, patient ou parent) que cette consultation n'est pas satisfaisante et quelle qu'en soit la raison (mauvaise qualité du réseau internet, mauvaise qualité de l'image, barrière de la langue, etc), nous nous réservons la possibilité de vous demander de venir en consultation physiquement à l'hôpital ou de compléter cette consultation lors de votre arrivée à l'hôpital.

Cordialement L'équipe d'anesthésie

ADARPEF

**Votre enfant**

## 1- Identité et présentation

Nom
Prénom
Date de Naissance
Poids (Kg)
Taille (cm)
A-t-il acquis la marche ? non ◯ oui ◯ si oui, à quel âge mois
En quelle classe est il ?
Fait il du sport ? non ◯ oui ◯ le(s)quel(s) :

## 2- Votre enfant doit être opéré

Le
Par le Dr
Motif de l'opération ou de l'anesthésie :

## 3- Covid ?

A ce jour votre enfant présente t'il l'un des signes suivant : *(pour selectionner plusieurs signes, maintenez appuyée la touche "ctrl")*

rhinorrhée claire ou purulente + fièvre >38°C
toux
auscultation pulmonaire anormale
fièvre isolée > 38°C
signes ORL : dysgueusie, anosmie (modification de la perception des goûts, des saveurs ou des ode
signes digestifs : diarrhée, vomissements
contact familial diagnostiqué covid19+ ou présentant un ou plusieurs des signes ci-dessus

Ses parents ou ses frères et sœurs présentent ils les même signes : non ◯ oui ◯

## 4- Période néonatale

Poids à la naissance (Kg) : Terme à la naissance : SA + j
Votre enfant a-t-il été réanimé ? non ◯ oui ◯
Votre enfant était-il porteur d'une malformation cardiaque ou pulmonaire, ou autre à la naissance ? non ◯ oui ◯ si oui, laquelle :
Durée d'hospitalisation en réanimation/néonatologie :
*Si vous disposez d'un courrier de sortie, merci de le joindre dans votre espace patient*

## 5- Les frères et sœurs de votre enfant ou ses cousins ont-ils des problèmes de santé :

non ◯ oui ◯ si oui, lesquels ?

## 6- Votre enfant est il suivi pour un/des problème(s) de santé particulier :

non ◯ oui ◯ Si oui, lesquels ?

Quel est le nom du médecin référent :

## 7- Votre enfant est il suivi pour un problème chirurgical particulier ?

non ◯ oui ◯ Si oui, lesquels ?

Quel est le nom du chirurgien référent :
Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? non ◯ oui ◯
Si oui merci de remplir ce tableau

| date | établissement | chirurgien | opération | complication |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

A-t-il eu des problèmes lors de ces anesthésies ? non ◯ oui ◯
Si oui, lesquels ?
Intubation difficile : non ◯ oui ◯
Difficultés à respirer : non ◯ oui ◯
Saignements : non ◯ oui ◯
Nausées ou vomissements : non ◯ oui ◯
Votre enfant souffre- t-il du «mal des transports » ? non ◯ oui ◯
Autres complications au cours d'une anesthésie à préciser :

*Si vous disposez d'un courrier correspondant, merci de le joindre dans votre espace patient*

**8- En dehors des opérations, votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? non ◯ oui ◯**
si oui pour quelles raisons

*Si vous disposez d'un courrier de sortie, merci de le joindre dans votre espace patient*

**9- Votre enfant est il allergique ?**

A un ou des médicaments ? (antibiotiques, produit d'anesthésie, latex...) : non ◯ oui ◯
Si oui, lesquels :
A un produit de contraste de radiologie ? non ◯ oui ◯
A un aliment (kiwi, banane, avocat...) ? non ◯ oui ◯ :
Comment cette allergie s'est elle manifestée ?
Eruption cutanée ☐
Rhinite allergique ☐
Vomissement (?) ☐
Œdème de Quincke ☐
Votre enfant a t'il bénéficié d'un bilan allergologique ? non ◯ oui ◯

*Si vous disposez d'un courrier correspondant, merci de le joindre dans votre espace patient*

10- **Votre enfant a-t-il déjà été transfusé ?** non ◯ oui ◯
Si oui, quand et pour quelles raisons ?

11- **Votre enfant a-t-il une maladie connue du sang ou de la coagulation du sang** (hémophilie, maladie de Willebrandt, maladie des plaquettes, …) non ◯ oui ◯
Si oui précisez
Médecin référent

Traitement habituel :

*Si vous disposez d'un courrier correspondant, merci de le joindre dans votre espace patient*

**Par ailleurs votre enfant a-t-il déjà présenté un saignement anormal ou prolongé**

Votre enfant a- t-il présenté des saignements prolongés ou une récidive de saignement

Lors de la chute du cordon ombilical ? non ○ oui ○

Au cours d'une extraction dentaire ou après une chute de dent de lait ? non ○ oui ○

Lors d'une intervention chirurgicale (végétation, circoncision, amygdalectomie, appendicectomie, suture de peau) ? non ○ oui ○

Votre enfant a-t-il présenté des saignements prolongés par le nez ? non ○ oui ○

Votre enfant a-t-il tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants sans choc ou traumatisme ou bien après un choc ou traumatisme sans importance ? non ○ oui ○

Votre enfant présente t-il des hématomes importants après une petite chute ou un saignement important après une petite coupure ? non ○ oui ○

Votre enfant fait il des « bleus » plus facilement que les autres ? non ○ oui ○

Votre enfant a-t-il déjà émis du sang dans les urines ? non ○ oui ○

Est-ce qu'après une prise de sang ou une perfusion, vous avez observé un saignement prolongé au site de ponction ? non ○ oui ○

Est-ce qu'un un de ces évènement a nécessité de consulter un médecin ? non ○ oui ○

Pour les jeunes femmes, avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes (par exemple, contraception orale « pilule », traitement par fer, exacyl) ? non ○ oui ○

Saigne t il en se lavant les dents ? non ○ oui ○

Nb = Un médecin vous a-t-il déjà signalé un saignement anormal ? non ○ oui ○

Dans votre famille, y a-t-il dans la famille des personnes atteintes d'anomalie de coagulation sanguine ( hémophilie, willebrand...) ? non ○ oui ○

Si oui, quelle est cette anomalie de la coagulation ?

**12- Respiratoire**

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes respiratoires ? non ○ oui ○

Fait il des infections ORL à répétition (otites angines rhinopharyngites) ? non ○ oui ○

Fait il des infections pulmonaires à répétition (bronchites, bronchiolites, bronchites asthmatiformes, pneumopathie, pneumopathie d'inhalation, fausse routes avec infection) ? non ○ oui ○

Est-ce qu'il a tendance au sifflement la nuit ou au cours d'un effort ? non ○ oui ○

Présente-t-il une toux nocturne ? non ○ oui ○

A-t-il de l'asthme ? non ○ oui ○

Si oui, quel est son traitement en cas de crise :

A-t-il un traitement de fond ? non ○ oui ○

si oui, lequel ?

Combien fait-il de crises par mois ?

Quand a-t-il fait sa dernière crise ?

Le père ou la mère fument-ils ? non ○ oui ○

Votre enfant a-t-il d'autres problèmes respiratoires ? non ○ oui ○

si oui, lesquels ?

**Apnées du sommeil =**

Avez-vous déjà été obligé de secouer votre enfant dans son sommeil pour qu'il se remette à respirer ? non ◯ oui ◯

Est-ce que votre enfant s'arrête de respirer pendant son sommeil ? non ◯ oui ◯

Est-ce que votre enfant a des difficultés pour respirer pendant son sommeil ? non ◯ oui ◯

Est-ce que la respiration de votre enfant pendant son sommeil a déjà été un motif d'inquiétude pour vous ? non ◯ oui ◯

Quelle est l'intensité du bruit de son ronflement :

A quelle est la fréquence votre enfant ronfle-t-il ?

Ronfle plus de la moitié du temps ? non ◯ oui ◯

Se réveille-t-il fatigué le matin ? non ◯ oui ◯

A-t-il une machine qui l'aide à mieux respire la nuit ? non ◯ oui ◯

*Si vous disposez d'un courrier du pneumologue ou du pédiatre correspondant, merci de le joindre dans votre espace patient*

**13- – Cardiovasculaire**

Votre enfant a-t-il une malformation cardiaque ? non ◯ oui ◯

si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il un souffle au cœur ? non ◯ oui ◯

A -t-il bénéficié d'une échographie du cœur ? non ◯ oui ◯

Votre enfant est il anormalement essoufflé pendant l'effort ? non ◯ oui ◯

Vote enfant a-t-il une tension artérielle élevée ? non ◯ oui ◯

Votre enfant a-t-il les lèvres bleutées ? non ◯ oui ◯

Votre enfant a-t-il déjà fait des malaises ? non ◯ oui ◯

**14- Neuro**

Votre enfant a-t-il des problèmes neurologiques ? non ◯ oui ◯

Si oui précisez :

A quel âge at-il été propre ?

Acquisition du langage ? non ◯ oui ◯

A-t-il un retard de développement ? non ◯ oui ◯

Est-il épileptique ? non ◯ oui ◯

Si oui, son traitement habituel :

Son traitement en cas de crise est :

Avec ce traitement, fait-il des crises

- ☐ Plusieurs fois par jour
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Plusieurs fois par mois
- ☐ Pratiquement jamais

A-t-il déjà fait des convulsions ? non ◯ oui ◯

Sont elles survenue pendant des épisodes de fièvre ? non ◯ oui ◯

Votre enfant fait-il des spasmes du sanglot ? non ◯ oui ◯

Votre enfant est-il sujet à des crises d'anxiété / d'angoisse ? non ◯ oui ◯

*Si vous disposez d'un courrier du neuropédiatre ou du pédiatre correspondant, merci de le joindre dans votre espace patient*

**15- Douleur**

Votre enfant présente -t-il une douleur récurrente ou persistante depuis plus de trois mois ? non ◯ oui ◯
Si oui, a-t-il une prise en charge spécifique pour cette douleur ? non ◯ oui ◯

**16– Votre enfant a t'il des problèmes digestifs** ?

non ◯ oui ◯ si oui, précisez :
Votre enfant vomit il souvent ? non ◯ oui ◯
Ou a-t-il des régurgitations fréquentes ou un reflux gastro oesophagien ? non ◯ oui ◯
Quel est son traitement habituel ?
Votre enfant a-t-il un problème au foie (hépatite, jaunisse, hypertension portale...) ? non ◯ oui ◯
précisez :
Votre enfant a-t-il déjà présenté des douleurs à l'estomac après la prise d'anti inflammatoire, présente-t-il une gastrite, un ulcère à l'estomac ? non ◯ oui ◯

**17- Votre enfant a-t-il des problèmes aux reins**, à la vessie, sur les voies urinaires ?
non ◯ oui ◯ précisez
A-t-il déjà fait des infections urinaires ? non ◯ oui ◯
si oui précisez combien et les traitements administrés ainsi que la date de la dernière infection :

**18- Autres pathologies**

votre enfant a -t-il un ou plusieurs angiomes ? non ◯ oui ◯
si oui, nombre et localisation :
Votre enfant a-t-il eu des maladies infectieuses majeures (HIV, tuberculose, ...) ? non ◯ oui ◯
si oui, lesquelles ?
Votre enfant est-il diabétique ? non ◯ oui ◯
si oui, quel est son traitement ?
*merci d'insérer dans votre espace patient le dernier dosage d'hémoglobine glyquée*

Votre enfant est-il porteur d'un déficit hormonal, enzymatique ou d'une maladie métabolique ?
non ◯ oui ◯ si oui, laquelle ?
Nom du médecin référent

*Merci d'insérer le dernier courrier de suivi de votre enfant dans l'espace patient*

**19- Etat bucco dentaire**

Votre enfant a-t-il des dents qui bougent ? non ◯ oui ◯
Si oui, lesquelles ?

**20- Pour les adolescents et adolescentes uniquement**

Votre enfant fume-t-il ? non ◯ oui ◯

Combien de cigarettes par jour ?

Depuis combien d'années ?

Votre enfant consomme-t-il du Cannabis ? non ◯ oui ◯

Votre enfant consomme-t-il d'autres toxiques ? non ◯ oui ◯

Votre fille est-elle réglée ? non ◯ oui ◯

**21- Dans la famille de l'enfant, y compris pour ses parents, avez-vous connaissance de personnes**

Qui sont myopathes (téléthon) ? non ◯ oui ◯

Qui sont hémophiles ? non ◯ oui ◯

Qui ont eu des problèmes avec l'anesthésie (réveil retardé, fièvre, chute de tension…)? non ◯ oui ◯

Qui ont des problèmes de drépanocytoses, thalassémie, myasthénie ? non ◯ oui ◯

Qui ont fait une complication lors de l'anesthésie, une hyperthermie maligne ? non ◯ oui ◯

Qui ont fait un coup de chaleur, une hyperthermie d'effort ? non ◯ oui ◯

Qui ont fait une ou plusieurs phlébites ou embolie pulmonaires ? non ◯ oui ◯

Si oui, merci de préciser le lien de parenté avec votre enfant :

*Merci de joindre dans votre espace patient, tout document qui pourra nous aider à compléter ces informations*

22- Votre enfant prend il un traitement **actuellement** ? non ◯ oui ◯

si oui, précisez :

Votre enfant prend il un traitement **occasionnellement** ? non ◯ oui ◯

si oui, lequel et dans quelles circonstances ?

23- **Avez-vous des informations sur la santé de votre enfant qui n'apparaitraient pas dans ce questionnaire ?** non ◯ oui ◯

si oui précisez :

24- **Vous pouvez noter ici les questions à propos desquelles vous ou votre enfant souhaitez avoir des informations particulières.**

Dans le mail que nous vous avons adressé, nous avons joint des documents d'information sur votre séjour qui répondront aux questions les plus fréquemment posées. Nous compléterons ces informations au décours de notre Téléconsultation.

**25 - Evaluation du questionnaire :**

Est-ce que vous avez trouvé que le questionnaire est clair ? non ◯ oui ◯

Est-ce qu'il est contraignant ? non ◯ oui ◯

Quelle sont vos remarques et suggestions ?