Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

FEUILLE D'ANESTHÉSIE

Date : AAAA-MM-JJ	Procédure(s) : _____	
Heure début :	Anesthésiologiste : _____	Assistant : _____
Heure fin :	Chirurgien : _____	Inhalothérapeute : _____
Poids :	# salle : _____ Appareil : _____	Vérifié par : _____

MÉDICAMENTS

ECG ST (D2)
ST (V5)
FiO₂
SpO₂
ETCO₂
PI/PEEP
TOF
T°
MAC
ET %

210
180
150
120
90
60
30

Inhaloth.
Cristalloïde
Colloïde
Transfusion
Saignement
Diurèse

MONITORAGE
❑ ECG ❑ Saturo ❑ Capno
❑ TANI D G ❑ TAI
❑ Neurostimulateur ❑ T°
❑ _____

AGENTS INHALATOIRES
❑ O_2/Air/N_2O _____ L/min
❑ LN ❑ TF ❑ Masque
❑ Sévoflurane ❑ Desflurane

VOIES AÉRIENNES
❑ Pré O_2 ❑ Séquence rapide
Ventilation masque
❑ Facile ❑ Difficile
❑ Canule pharyngée ___
❑ LMA _____#____
Intubation
❑ Facile ❑ Difficile _____tentative(s)
Cormack : I II a b III IV
TET # _____ B Fixé à _____ cm
❑ Orale ❑ Nasale
❑ BURP ❑ Stylet ❑ Sellick
❑ Glidescope ❑ Fibroscope
❑ $ETCO_2$ ❑ MVD = MVG

VENTILATION
❑ Spontanée
❑ Contrôlée
❑ Volume : _____ mL
❑ Pression : _____ cmH_2O
FR : ___ I/E : _____ PEEP : ____

ACCÈS VASCULAIRE
❑ IV ❑ Central
❑ IV ❑ Artériel

LOCO-RÉGIONALE
❑ **Péridurale** ❑ **Rachi.** ❑ **Combinée**
Espace : _____
❑ **Bloc** _____

TECHNIQUE
❑ Écho ❑ Neurostimulateur
❑ Assise ❑ Latérale ❑D ❑G
❑ Brossage ❑ Gants ❑ Blouse
❑ Chlorhexidine 2% + Alcool 70% ❑ Champs
❑ Locale : Xylo _____ % _____

AIGUILLE
❑ Tuohy #_____
❑ Whitacre #_____
❑ Autre : _____

MÉTHODE
Perte résistance ❑ Salin ❑ Air
❑ Sang ❑ Paresth. ❑ LCR _____
❑ Aiguille à : _____ cm
❑ Cathéter à : _____ cm à la peau

MÉDICAMENTS :
Dose test : _____

INSTALLATION
❑ Couverture-chauffante
❑ Réchauffe-soluté
❑ Bas séquentiels
❑ Sonde urinaire
❑ Sonde gastrique
POSITION : _____
PRÉCAUTION : _____
PROTECTION : ❑ Oculaire
❑ Points d'appui

ÉMERGENCE
Glycopyrrolate : _____ mg
Néostigmine : _____ mg

EXTUBATION : ❑ S. Op. ❑ S.R.
❑ Éveillée ❑ Profonde

TRANSFERT : ❑ S.R. ❑ U.S.I.
❑ Extubé ❑ V.Spontanée
❑ Intubé ❑ LMA
SpO_2 : _____

Nom : _____ Prénom : _____ #Dossier : _____

ÉVALUATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Date :		Allergie(s) :								
Opération :										
Âge :	Sexe :	❑ Ext. ❑ Hosp.	Risque ASA :	1	2	3	4	5	6	U

TA		Pouls	SpO2	T°

IMC	POIDS	TAILLE

Hb :	**GB :**	**PLQ :**
INR :	**PTT :**	
GR. SANG :	**# CULOTS RÉS. :**	
Na :	**K :**	**Cl :**
Glucose :	**Créat. :**	

ECG :

Anesthésies antérieures :

Antécédents familiaux AG :

Analyses spécifiques :

Médicaments :

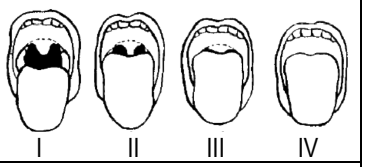
PLAN :

❑ Anesthésie générale
❑ Régionale suggérée : _____
❑ Acceptée ❑ Refusée par le patient
❑ Risques et complications expliquées (CPPD, neurologique rare, douleur locale, TRI, infection, hématome, échec...)

CARDIO-VASCULAIRE
❑ HTA
❑ MCAS
❑ IC
❑ CF

RESPIRATOIRE
❑ Tabac
❑ MPOC
❑ Apnée du sommeil
❑ Asthme

VOIES AÉRIENNES ET DENTS
Dents :
Mallampati :
Dist. TM :
Ext. cou :
Ouv. bouche :



DIGESTIF
❑ À jeun
❑ RGO

NEURO, MUSCULO-SQUELETTIQUE ET CUTANÉ

GYNÉCOLOGIQUE ET RÉNAL

ENDOCRINIEN ET MÉTABOLIQUE
❑ DM

HÉMATOLOGIE ET COAGULATION

DIVERS

Signature de l'anesthésiologiste Dr(e) : _____ # Permis : _____