

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE

► **La consultation est obligatoire au moins 48 heures avant l'opération.**

► Ce questionnaire est à remplir et à rapporter le jour de la consultation, il nous permet de connaître votre histoire médicale.

Nom : **Prénom :** **Sexe :** F : M :
Adresse : **Ville :**
Tél : **Date de naissance :**
Age : **Taille :** **Poids :**
Profession : **Sport ou activité physique pratiqués :**

Avez-vous déjà été opéré ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** citez les opérations :

Avez-vous eu des grossesses ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** avez-vous eu une péridurale pour l'accouchement ? : **Oui :** **Non :**

Avez-vous déjà reçu une anesthésie locale ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** avez-vous la notion qu'un incident se serait produit ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** lequel ?

Avez-vous déjà été hospitalisé pour autre chose qu'une opération ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** pour quelle raison ?

Il y a-t-il des antécédents familiaux ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** lesquels ?

Prenez-vous des médicaments ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** lesquels ?

► **Si oui,** amener votre dernière ordonnance.

Avez-vous une carte de groupe sanguin ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** amener votre carte de groupe sanguin.

Avez-vous déjà été transfusé ? **Oui :** **Non :**

Saignez-vous facilement ? **Oui :** **Non :**

Avez-vous des saignements très prolongés après une extraction dentaire ? **Oui :** **Non :**

Avez-vous des bleus (écchymoses) facilement ? **Oui :** **Non :**

Avez-vous des problèmes d'allergie ? **Oui :** **Non :**
► **Si oui,** que s'est-il passé ?

► **Si oui,** avec quels médicaments, citez :
► **Si oui,** avec d'autres produits, citez :

Etes-vous anxieux ?
Etes-vous spasmophile ?

Oui : Non :
Oui : Non :

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes cardiaques ou vasculaires ?

Oui : Non :

► **Si oui**, le(s)quel(s) ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Varices |
| <input type="checkbox"/> Artérite | <input type="checkbox"/> Phlébite |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Arythmie | <input type="checkbox"/> Problème de valve cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Palpitations | <input type="checkbox"/> Pile cardiaque (Pace maker) |

Autre :

Œdème du poumon
 Insuffisance cardiaque
► **Si oui**, veuillez apporter vos derniers examens.

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes pulmonaires ?

Oui : Non :

► **Si oui**, le(s)quel(s) ?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Pneumothorax |
| <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | Autre : |
| <input type="checkbox"/> Pleurésie | |

Fumez-vous ?

► **Si oui**, combien par jour ?
► Depuis combien de temps ?

Oui : Non :

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes digestifs ?

Oui : Non :

► **Si oui**, le(s)quel(s) ?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Diverticules |
| <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Polypes |
| <input type="checkbox"/> Reflux acide | Autre : |
| <input type="checkbox"/> Hépatite ou jaunisse | |

Prenez-vous du vin, de la bière, des apéritifs ?

Oui : Non :

► **Si oui**, en quelle quantité ?

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes neurologiques ?

Oui : Non :

► **Si oui**, le(s)quel(s) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Coma |
| <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Hémiplégie | Autre : |

Avez-vous ou avez-vous eu d'autres maladies ?

Oui : Non :

► **Si oui**, le(s)quel(s) ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Hémodialyse | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Problème de prostate | <input type="checkbox"/> Maladie cancéreuse : |
| <input type="checkbox"/> Acide urique | <input type="checkbox"/> Problème de thyroïde | Autre : |
| <input type="checkbox"/> Goutte | <input type="checkbox"/> Glaucome | |

Divers : avez-vous ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> des lentilles | <input type="checkbox"/> des dents qui bougent |
| <input type="checkbox"/> des dentiers | <input type="checkbox"/> des dents sur pivot |

Fait à :

, le

Signature :