

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 :** **âge :**
Taille : **Poids :** **Médecin traitant :**
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 ?

Y- a-t-il des antécédents familiaux ? Oui : ☐ Non : ☐
► Si oui, lesquels ?

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

► Si oui, apportez votre dernière ordonnance.

Avez-vous une carte de groupe sanguin ? Oui : ☐ Non : ☐
► Si oui, apportez 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 (ecchymoses) facilement ? Oui : ☐ Non : ☐

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

► Si oui, avec quels médicaments, citez :

Tournez S.V.P. ➔

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

Etes-vous anxieux ?

Oui : ☐ Non : ☐

Etes-vous spasmophile ?

Oui : ☐ Non : ☐

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

Oui : ☐ Non : ☐

► **Si oui**, le(s)quel(s) ?

- | | |
|---|--|
| ☐ Infarctus | ☐ Essoufflement |
| ☐ Angine de poitrine | ☐ Varices |
| ☐ Artérite | ☐ Phlébite |
| ☐ Hypertension | ☐ Embolie pulmonaire |
| ☐ Arythmie | ☐ Problème de valve cardiaque |
| ☐ Palpitations | ☐ Pile cardiaque (Pace maker) |
| ☐ Œdème du poumon | Autre : |
| ☐ 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) ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Asthme | ☐ Pneumonie |
| ☐ Tuberculose | ☐ Pneumothorax |
| ☐ Bronchite chronique | ☐ Apnées du sommeil |
| ☐ Pleurésie | Autre : |

Fumez-vous ?

► **Si oui**, combien par jour ?

Oui : ☐ Non : ☐

► Depuis combien de temps ?

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

Oui : ☐ Non : ☐

► **Si oui**, le(s)quel(s) ?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Ulcère | ☐ Diverticules |
| ☐ Gastrite | ☐ Polypes |
| ☐ Reflux acide | Autre : |
| ☐ 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) ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Migraine | ☐ Accident vasculaire cérébral |
| ☐ Épilepsie | ☐ Coma |
| ☐ Perte de connaissance | ☐ Dépression |
| ☐ Hémiplégie | Autre : |

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

Oui : ☐ Non : ☐

► **Si oui**, le(s)quel(s) ?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Diabète | ☐ Insuffisance rénale | ☐ Rhumatisme |
| ☐ Cholestérol | ☐ Hémodialyse | ☐ Arthrose |
| ☐ Triglycérides | ☐ Problème de prostate | ☐ Maladie cancéreuse : |
| ☐ Acide urique | ☐ Problème de thyroïde | Autre : |
| ☐ Goutte | ☐ Glaucome | |

Divers : avez-vous ?

- | | |
|--|--|
| ☐ des lentilles | ☐ des dents qui bougent |
| ☐ des dentiers | ☐ des dents sur pivot |

Fait à :

, le

Signature :