

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION

▷ GHP Ambroise Paré - Hartmann
25 & 48 ter bld Victor Hugo 92200 Neuilly-sur-Seine
▷ <https://anesthesie-ambroisepare-hartmann.fr/>
⌚ RDV +33 1 75 95 12 34 - ⌚? +33 1 46 41 89 61
✉ patientanesthesie92@gmail.com



QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

INFORMATIONS PREALABLES

La consultation pré-anesthésique est obligatoire. Elle doit être réalisée plusieurs jours à l'avance (Décret du 5 Décembre 1994). Elle contribue à assurer la sécurité de la prise en charge pour votre intervention. **Ce document fait partie de votre dossier médical, il est couvert par le secret médical.**

VOTRE SITUATION

Nom :

Téléphone / Mail :

Prénom :

Profession :

Date de naissance :

Vit seul : Oui Non

⑥ VOTRE CONSULTATION D'ANESTHESIE

Date et heure de rendez-vous :

Avec le docteur :

⑥ VOTRE FUTURE INTERVENTION NECESSITANT UNE ANESTHESIE

Vous allez être opéré(e) ou examiné(e) par le docteur :

Intervention proposée :
Date :

Merci de penser à apporter le devis et l'ensemble des documents remis lors de la consultation du chirurgien

POIDS & TAILLE :

VOS HABITUDES

Fumez-vous ?

Oui Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Depuis combien d'année ?

Consommez-vous d'autres toxiques ?

Oui Non

Consommez-vous de l'alcool ?

Oui Non

VOS MEDICAMENTS HABITUELS

Merci de penser à apporter l'ordonnance en cours de vos médicaments habituels

⑥ VOS ANCIENNES INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements

Allergie

Saignement

Autre

VOS ANTECEDENTS MEDICAUX

Etes-vous suivi pour une pathologie cardiaque ?

Oui Non

Etes-vous suivi pour un infarctus du myocarde (attaque, crise cardiaque) ?

Oui Non

Etes-vous suivi par une pathologie respiratoire ?

Oui Non

Faites-vous des apnées du sommeil ?

Oui Non

Si oui, utilisez-vous un appareillage nocturne ?

Oui Non

Avez-vous fait des phlébites ou embolies pulmonaires ?

Oui Non

Avez-vous été soigné(e) pour un asthme ?

Etes-vous suivi par une pathologie rénale ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi par une pathologie digestive ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une hernie hiatale ou un ulcère ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement anormale ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des transfusions sanguines ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une épilepsie (ou convulsions) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral (attaque, AVC, AIT, hémiplégie) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous du diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous du cholestérol ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie de la thyroïde ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité pour un glaucome ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des appareils auditifs ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui lesquelles ?	
Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans l'année écoulée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes dentaires (dentiers, implants, bridge ...) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Ce questionnaire est à rapporter complété et signé pour la consultation avec votre anesthésiste. Merci de penser à apporter en plus :

- L'ordonnance en cours de vos médicaments habituels**
- Le devis et l'ensemble des documents remis lors de la consultation du chirurgien**
- Tout examen sanguin de moins de 3 mois
- Tout compte-rendu de consultation ou d'hospitalisations de moins d'un an
- Tout examen complémentaire de moins d'un an

Fait à :

Date :

Signature :