

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

🏠 VOTRE CONSULTATION D'ANESTHESIE

Date et heure de rendez-vous : Avec le docteur :

🏠 VOTRE FUTURE INTERVENTION NECESSITANT UNE ANESTHESIE

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

Pour la consultation d'anesthésie, merci d'apporter le devis et l'ensemble des documents remis lors de la consultation du chirurgien.

🏠 POIDS & TAILLE :

🏠 AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

🏠 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

Médicament	Doses prises par jour

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

VOS ANCIENNES INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE

Date	Intervention ou examen	Type d'anesthésie

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

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements

Saignement

Allergie

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 ?

Oui Non

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

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 :