

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire est à remplir **AVANT** la consultation d'anesthésie, si besoin avec l'aide d'un proche, d'une infirmière ou de votre médecin traitant.

Merci de rapporter le jour de la consultation d'anesthésie ce questionnaire rempli, ainsi que vos **ordonnances** et les **comptes rendus médicaux** à votre disposition (en particulier examens cardiologiques : électrocardiogramme, échographie cardiaque, épreuve d'effort).

IDENTIFICATION

NOM : **Prénom** : Né(e) le :/...../.....
Adresse : Tél. portable:
Ville :
Médecin traitant : Dr..... Tél. :
Profession :
Poids : Kg Taille : cm.
Intervention prévue :
Date intervention :/...../.....

MEDICAMENTS

Inscrivez les noms et les doses des médicaments que vous prenez actuellement ou que vous avez pris dans les 15 derniers jours. (Cocher le moment de la prise)

Nom et dosage	Matin	Midi	Soir	Nom et dosage	Matin	Midi	Soir

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX ET ANESTHESIQUES :

- Avez-vous déjà été opéré ou endormi ?..... OUI NON

Année	Intervention	Anesthésie (générale/locale)

- Avez-vous eu fait une complication lors d'une anesthésie ?..... OUI NON
- Avez-vous déjà vomi après une anesthésie générale ?..... OUI NON
- Y-a-t-il eu, dans la famille, des incidents ou accidents d'anesthésie ? OUI NON
- Avez-vous déjà été transfusé ? quand ?..... OUI NON

ALLERGIES

- Avez-vous des allergies ?..... OUI NON

Si oui lesquelles ?.....

.....

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX :

1) Coeur et vaisseaux

- Etes-vous ou avez-vous déjà été soigné pour votre coeur ?..... OUI NON

- Avez-vous de l'hypertension artérielle ? OUI NON

- Avez-vous eu un infarctus ou de l'angine de poitrine? :..... OUI NON

- Avez-vous de l'insuffisance cardiaque ? OUI NON

- Avez-vous des troubles du rythme cardiaque/palpitations? OUI NON

- Etes-vous porteur d'une pile cardiaque (pace maker ou défibrillateur) ?..... OUI NON

- Avez-vous déjà fait une phlébite ou embolie pulmonaire?..... OUI NON

- Avez-vous des crampes à la marche, des stents artériels ?..... OUI NON

- Avez-vous du cholestérol ? OUI NON

2) Poumons :

- Avez-vous déjà été soigné pour les poumons ?..... OUI NON

- Avez-vous de la bronchite chronique ? de l'emphysème ?..... OUI NON

- Faites-vous de l'apnée du sommeil ? OUI NON

- Avez-vous de l'asthme ? OUI NON

- Avez-vous une autre maladie pulmonaire ? Si oui, laquelle ?..... OUI NON

3) Appareil digestif :

- Avez-vous un reflux gastro œsophagien ou une hernie hiatale ? OUI NON

- Avez-vous une gastrite ou ulcère d'estomac ? OUI NON

- Avez-vous fait une jaunisse ou hépatite ?..... OUI NON

4) Appareil urinaire :

- Etes-vous soigné pour la prostate ? OUI NON

- Etes-vous soigné pour une maladie rénale ? OUI NON

- Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes urinaires ? OUI NON

5) Maladies endocriniennes :

- Avez-vous du diabète ?..... OUI NON

- Avez-vous une maladie de la thyroïde ?..... OUI NON

6) Système nerveux, muscles, articulations :

- Avez-vous du glaucome ? OUI NON

- Avez-vous été soignée pour les nerfs ou une dépression ? OUI NON

- Avez-vous déjà présenté des lombalgies ? une sciatique ? OUI NON

- Avez-vous été soigné pour la colonne vertébrale ?..... OUI NON

- Avez-vous une maladie neurologique ?..... OUI NON

- Avez-vous la maladie de Parkinson ? OUI NON

- Avez-vous fait un AVC ou AIT ? OUI NON

- Avez-vous fait un coma ? OUI NON

- Etes-vous épileptique ? OUI NON

- Avez-vous des migraines ? OUI NON

- Avez-vous une maladie des muscles (myopathie) ? OUI NON

- Etes-vous suivi par un rhumatologue ? OUI NON
- Avez-vous une polyarthrite rhumatoïde, une spondylarthrite ?..... OUI NON

7) Autres :

- Etes-vous soigné pour une maladie cancéreuse ?..... OUI NON
- Y-a-t-il des maladies particulières dans votre famille ?..... OUI NON
- Autres pathologies ?.....
-
-

8) Sang - coagulation :

- Avez-vous une maladie du sang ? (thalassémie, drépanocytose, hémophilie) ? OUI NON
- Avez-vous déjà saigné plus de 24 heures ou avez-vous nécessité une transfusion sanguine à la suite d'un acte chirurgical (circoncision, amygdaléctomie, accouchement..)..... OUI NON
- Après une extraction dentaire avez-vous déjà eu une hémorragie prolongée ou une récurrence hémorragique après 24 heures?..... OUI NON
- Avez-vous des antécédents d'hématurie (sang dans les urines) inexplicée ?..... OUI NON
- Avez-vous déjà consommé au cours des deux semaines précédentes des médicaments contenant de l'aspirine ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens ? OUI NON
- Les incidents précédents se sont-ils produits chez des parents ou hommes du côté maternel? OUI NON
- Faites-vous des ecchymoses (bleus) facilement sans cause apparente ?..... OUI NON
- Avez-vous eu besoin d'un geste chirurgical pour contrôler un saignement de nez ?..... OUI NON
- Saignez-vous plus de 15 minutes après une prise de sang ?..... OUI NON
- Vous a-t-on déjà signalé une tendance anormale au saignement ?..... OUI NON

9) Gynécologie :

- Nombre de grossesses : Nombre d'enfants ?
- Avez-vous eu des complications lors d'un accouchement ? OUI NON
- Avez-vous une contraception (pilule, stérilet, implant) ? OUI NON
- Etes-vous enceinte ? OUI NON
- Etes-vous ménopausée ? si non, dates de vos dernières règles : OUI NON

10) Habitudes de vie

- Faites-vous du sport ?..... OUI NON
- Combien d'étages pouvez-vous monter sans vous arrêter ?..... 0 1 2 3
- Fumez-vous ou avez-vous fumé ? OUI NON
- Buvez-vous tous les jours du vin, de la bière ou des apéritifs ?..... OUI NON
- Avez-vous une ou des dents fragiles ?..... OUI NON
- Portez-vous un appareil dentaire, un bridge, un pivot, une couronne ?..... OUI NON
- Portez-vous des prothèses auditives ?..... OUI NON

Avez vous des remarques complémentaires à apporter ?.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :