

Madame, Monsieur,

Pour que votre intervention se déroule dans les meilleures conditions de sécurité, il est essentiel que le médecin anesthésiste réanimateur connaisse au mieux votre passé médical et chirurgical.

Ce questionnaire n'est destiné qu'à améliorer la qualité et la sécurité de votre anesthésie.

Merci de bien vouloir renseigner ce document et de le ramener le jour de votre consultation d'anesthésie.

PRENOM :	NOM DE NAISSANCE :	
DATE DE NAISSANCE :	NOM D'EPOUSE :	
ADRESSE :		
Téléphone fixe :	mobile :	
Nom de votre médecin traitant :	Dernière PROFESSION :	
Taille :	Poids actuel :	Poids il y a 8 mois :

Madame, attendez-vous un enfant ? OUI NON ne sait pas

Combien avez-vous eu de grossesses antérieures ? Combien avez-vous eu d'enfant(s) ?

Avez-vous déjà eu une anesthésie ? OUI NON

Si OUI : Quelle(s) opération(s) ?	Quelle anesthésie ? (générale, locale, rachi etc)	année

Avez-vous la notion d'un incident au cours d'une anesthésie ? OUI NON ne sait pas
Si OUI, lequel ?

Un parent aurait-il présenté un problème grave au cours d'une anesthésie ? OUI NON ne sait pas
Si OUI, lequel ?

Avez-vous déjà été transfusé(e) ? OUI NON ne sait pas

Si vous avez une carte de groupe sanguin, merci de l'apporter le jour de votre consultation.

Prenez-vous habituellement des médicaments ? OUI NON

Merci d'apporter vos ordonnances le jour de votre consultation d'anesthésie.

Avez-vous des allergies ? OUI NON ne sait pas

Si OUI ? lesquelles ?

Merci d'apporter les documents s'il y a eu un bilan allergologique

Combien d'étages pouvez-vous monter sans vous arrêter ? : étage(s)
Avez-vous eu des maladies du cœur ou des vaisseaux ? OUI NON ne sait pas
 infarctus angine de poitrine palpitations varices phlébites artérite hypertension essoufflement
 embolie pulmonaire Pace-maker stent valve cardiaque

Si OUI, avez-vous déjà consulté un Cardiologue : Dr

Apportez vos examens et le dernier courrier de votre Cardiologue

Avez-vous eu des maladies de la respiration ou des poumons ? OUI NON ne sait pas
 apnée du sommeil asthme bronchite chronique pneumonie Autres :
Si OUI, avez-vous déjà consulté un Pneumologue : Dr

Apportez vos examens et le dernier courrier de votre Pneumologue

Etes-vous fumeur ? OUI NON Que fumez-vous ?
Si OUI combien fumez-vous par jour ? A quel âge avez-vous commencé à fumer ?

Avez-vous eu des maladies de l'intestin ou du foie ? OUI NON ne sait pas
 Gastrite/ulcère Hépatite/jaunisse Maladie du côlon Autres :

Avez-vous eu des maladies du cerveau ou des nerfs ? OUI NON ne sait pas
 Epilepsie pertes de connaissance accident vasculaire cérébral migraine dépression
 hernie discale tétanie/spasmophilie

Avez-vous eu d'autres maladies chroniques ? OUI NON ne sait pas
 diabète depuis ans cholestérol thyroïde insuffisance rénale maladie de l'œil (glaucome, hyperpression)
 avec insuline depuis ans
 maladie cancéreuse rhumatisme arthrose autres :

Buvez-vous plus de 2 verres de vin ou d'alcool par jour ? OUI NON
Portez-vous des lentilles de contact oculaire ? OUI NON
Avez-vous un appareil dentaire ? OUI NON
Avez-vous une dent qui bouge ? une dent sur pivot ? un bridge ? OUI NON
Faites-vous facilement des bleus ou des hématomes ? OUI NON
Saignez-vous longtemps après une coupure ? OUI NON
Avez-vous eu une prise de sang dans les 3 derniers mois ? OUI NON

Si OUI, merci d'apporter les résultats le jour de votre consultation

Monsieur, avez-vous eu un dépistage pour la prostate ? (PSA) OUI NON ne sait pas
Si vous devez vous lever la nuit pour uriner, combien de fois en moyenne ?

Avez-vous d'autre chose d'important à nous signaler ? des questions à poser ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date

Signature