

Questionnaire à remplir par le patient

Vous devez prochainement avoir une anesthésie pour une opération chirurgicale ou une exploration. Le médecin anesthésiste que vous verrez en consultation pré-opératoire a besoin de vous connaître le mieux possible, afin de vous proposer l'anesthésie la plus adaptée à votre cas et aux pathologies que vous pouvez présenter. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire de la façon la plus complète possible et si besoin avec l'aide de votre médecin traitant.

NOM de naissance : NOM marital :
PRÉNOM : AGE : PROFESSION :
Médecin traitant : Poids : Taille :

→ Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

Nous avons besoin de la copie de l'ordonnance de votre traitement habituel

	Matin	Midi	Soir
1.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

→ Avez-vous déjà été opéré(e) ou endormi(e) ?

Année	Intervention

Vous a-t-on signalé un problème ?

.....
.....

→ pour les femmes

Avez-vous des enfants ? Oui Non
Si oui, combien ?

Combien avez-vous eu de grossesse ?

êtes-vous enceinte ? Oui Non

Prenez-vous un contraceptif ? Oui Non

Portez-vous un stérilet ? Oui Non

→ Êtes-vous porteur (porteuse) ?

De lentilles de contact ? Oui Non

D'une prothèse auditive ? Oui Non

D'un pacemaker ? Oui Non

D'une prothèse valvulaire ? Oui Non

D'un autre type de prothèse ? Oui

Si oui, de quel type et à quel niveau ?

→ Vos dents

Avez-vous un appareil dentaire ? Oui Non

Avez-vous des dents qui bougent
ou en mauvais état ? Oui Non

→ Avez-vous déjà été transfusé(e) ?

Oui Non

Si oui, quand et pourquoi ?



Avez-vous eu ou avez-vous un des problèmes de santé suivants ?

1 . Allergie

Allergie à certains médicaments Oui Non

Si oui, lesquels ?

Allergies alimentaires Oui Non

Si oui, quels aliments ?

Autres allergies :

Eczéma Urticaire Rhume des foies

2 .Pathologies cardio -vasculaires

Gène respiratoire à l'effort Oui Non

Gène respir. en position couchée Oui Non

Angine de poitrine Oui Non

Hypertension artérielle Oui Non

Syncope Oui Non

Varices Oui Non

Phlébite, embolie pulmonaire Oui Non

3. Pathologies broncho -pulmonaires

Bronchite chronique Oui Non

Tuberculose pulmonaire Oui Non

Asthme Oui Non

Autre :

4 . Autres pathologies particulières

Diabète Non Insulino Dépendant Oui Non

Diabète Insulino Dépendant Oui Non

Ulcère gastro -duodéal Oui Non

Hépatite (virale, médicamenteuse) Oui Non

(jaunisse) Oui Non

épilepsie Oui Non

Pathologie psychiatrique (dépression) Oui Non



Existe t'il dans votre famille une des maladies suivantes

Porphyrie Oui Non

Myopathie Oui Non

Hyperthermie maligne Oui Non

Hémophilie Oui Non



Avez-vous fait un test pour le SIDA

Oui Non

Si oui, quel était le résultat ?



Consommez-vous de façon régulière ?

Des boissons alcoolisées ? Oui Non

Combien ?

Des drogues (cannabis, cocaïne, ...) ? Oui Non

Fumez -vous ? Oui Non

Combien de cigarettes par jour ?



Avez-vous éventuellement déjà eu ?

Hématomes fréquents Oui Non

ou saignements prolongés ? Oui Non

Insuffisance rénale ? Oui Non

Infections urinaires fréquentes ? Oui Non

Glaucome ? Oui Non

Pour la consultation d'anesthésie, n'oubliez pas de rapporter ce questionnaire rempli, le carnet de santé pour les enfants et les examens complémentaires récents dont vous disposez (radiographies, scanners, échographies, scintigraphies, biologies, comptes-rendus d'hospitalisation.

Je soussigné certifie exact les renseignements fournis et avoir pris connaissance de la fiche d'information sur l'anesthésie.

Date:.

Signature: