

# QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

## À apporter pour votre consultation d'anesthésie

À REMPLIR

Nom de naissance : ..... Nom usuel : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Profession (même retraité(e)) : ..... Poids : ..... Taille : .....  
 Chirurgien : Dr ..... Anesthésiste - réanimateur : Dr .....  
 Nature de l'intervention : .....  
 Côté à opérer : ..... Intervention prévue le : .....  
 Médecin traitant : Dr .....

**Avez-vous déjà eu des interventions ou des examens sous anesthésie** (générale, péridurale ou locorégionale : membre ou partie d'un membre) ? .....  OUI  NON

**Pour quelle(s) intervention(s) ?** (Indiquer la date pour chaque intervention) .....

Vous a-t-on signalé une **complication** à l'occasion de celle(s)-ci ? .....  OUI  NON

Y a-t-il eu des **problèmes d'anesthésie** dans votre famille (père, mère, sœur, frère, enfant) ? .....  OUI  NON

Avez-vous fait des **allergies** (médicaments, latex), de l'**urticaire**, de l'**eczéma**, un **rhume** des foins ? .....  OUI  NON

Avez-vous un traitement pour l'**hypertension artérielle** ? .....  OUI  NON

Avez-vous de l'**angine de poitrine** ou fait un **infarctus** ? .....  OUI  NON

Avez-vous d'autres **maladies cardiaques** (arythmie, insuffisance cardiaque, pacemaker...) ? .....  OUI  NON

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

Avez-vous déjà eu un **ulcère** à l'estomac ou au **duodénum** ? .....  OUI  NON

Avez-vous du **diabète** ? .....  OUI  NON

Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour un **saignement prolongé/inhabituel** (saignement de nez, petite coupure, extraction dentaire...) ? .....  OUI  NON

À REMPLIR

Avez-vous entendu parler d'**hémophilie** ou de **maladie de la coagulation** dans votre famille ? .....  OUI  NON

Avez-vous déjà reçu des **transfusions de sang** ? .....  OUI  NON

Avez-vous fait une **hépatite virale** ou une **autre maladie infectieuse grave** ? .....  OUI  NON

Êtes-vous **épileptique** ou avez-vous déjà fait un **accident neurologique** ? .....  OUI  NON

Avez-vous un **glaucome** (hypertension dans l'œil) ? .....  OUI  NON

Avez-vous de l'**asthme**, de la **bronchite chronique** ou un **autre problème respiratoire** ? .....  OUI  NON

Avez-vous des **problèmes urinaires** (calculs, infections...) ou de **prostate** ? .....  OUI  NON

Avez-vous entendu parler d'une des maladies suivantes dans votre famille :

**myopathie - myasthénie - porphyrie - hyperthermie maligne** ? .....  OUI  NON

Avez-vous un **appareil dentaire**, un **bridge**, une (des) dent(s) sur **pivot**, des **implants** dentaires ? .....  OUI  NON

(Complétez les informations concernant les dents au verso de cette fiche)

Avez-vous d'**autres maladies** à nous signaler ? .....  OUI  NON

Quelle est votre **consommation journalière** de : • Tabac : .....

• Alcool : .....

• Autres drogues : .....

**Grossesse ou retard de règles** ? .....  OUI  NON

Signalez-le au chirurgien et/ou à l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une éventuelle exposition aux rayonnements X (si votre état de santé le nécessite).

# QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

À REMPLIR

Notez **TOUS** les médicaments que vous prenez, ainsi que les doses :

.....

.....

.....

.....

.....

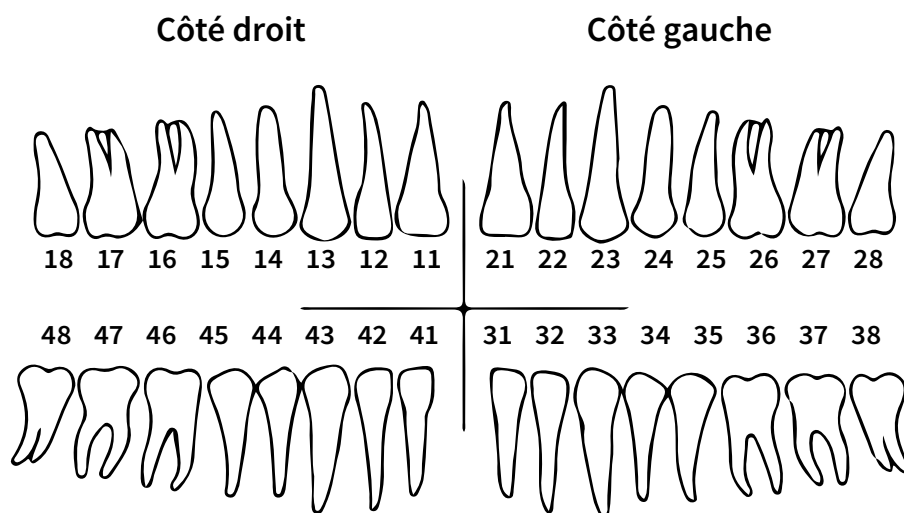
.....

.....

.....

Pour prévenir le risque de bris dentaire, veuillez signaler sur le schéma suivant :

- vos dents abîmées
- vos dents cassées
- vos appareils dentaires
- vos implants dentaires
- vos facettes



**ATTENTION !**

Pensez à apporter votre dernière ordonnance et les éventuels examens réalisés récemment (cardiologiques, pneumologiques, biologiques...). Tout médicament non signalé à l'anesthésiste-réanimateur ne pourra être délivré durant votre hospitalisation (somnifère, antalgique, antimigraineux, collyre, laxatif...).

Le : ..... Signature :