

QUESTIONNAIRE MEDICAL PRE-OPERATOIRE

(À remplir et à rapporter pour votre consultation d'anesthésie)

La consultation d'anesthésie est obligatoire plusieurs jours avant toute opération ou examen programmé.
Pour prendre rendez-vous, téléphonez au secrétariat d'anesthésie : 01.61.10.69.06

Nom Prénom Sexe M F
Né (e) le / / Age Profession Numéro de portable
Taillecm Poids actuelkg

Médecins traitants : Généraliste – Dr.
Spécialiste – Dr.

Intervention prévue : Hospitalisation Ambulatoire
Date d'entrée prévue : / / Date d'opération prévue : / /

Avez-vous déjà été anesthésié ? NON OUI Précisez :

Intervention : Anesthésie : Générale Locale Péridurale Rachianesthésie
Intervention : Anesthésie : Générale Locale Péridurale Rachianesthésie
Intervention : Anesthésie : Générale Locale Péridurale Rachianesthésie
Intervention : Anesthésie : Générale Locale Péridurale Rachianesthésie
Intervention : Anesthésie : Générale Locale Péridurale Rachianesthésie

Y a-t-il eu des **complications** liées à l'anesthésie chez vous ou chez un membre de la famille ? NON OUI Précisez :

Avez-vous eu des allergies ? NON OUI Précisez :

Médicaments : Antibiotiques : Autres :
 Iode Latex Kiwis Bananes Sparadrap Métaux Autres :

Avez-vous déjà présenté : un urticaire un Œdème de Quincke un rhume des foins un eczéma

Tabac NON (jamais ?) OUI Combien et depuis quand ?

Alcool NON OUI Combien et quoi ?

Toxicomanie NON OUI Combien et quoi ?

Etes-vous séropositif pour les virus : Hépatite C Hépatite B HIV

Transfusions ? Avez-vous reçu des produits sanguins ?

Souffrez-vous / avez-vous souffert d'une ou plusieurs des **maladies** suivantes ? Ont-elles donné lieu à des hospitalisations ?
Nécessitent-elles une prise en charge régulière ?

Cardio-vasculaires : NON OUI Précisez :

Hypertension artérielle
 Palpitations – Troubles du rythme
 Infarctus – Angine de poitrine
 Œdème pulmonaire aigu
 Souffle au cœur – Valvulopathie
 Varices – Phlébites – Embolie pulmonaire
 Artérite
 Autres :

Respiratoires : NON OUI Précisez :

Asthme
 Bronchite chronique
 Emphysème
 Pneumothorax – Pleurésie
 Tuberculose
 Insuffisance respiratoire
 Autres :

Hématologiques : NON OUI Précisez :

Troubles de la coagulation (bleus, hématomes)
 Tendance anormale aux saignements
 Anémie, Drépanocytoses
 Autres :

Endocrino-métaboliques : NON OUI Précisez :

Diabète (Insuliné ?)
 Cholestérol – Triglycérides
 Thyroïde
 Perte / prise inhabituelle de poids
 Traitements par hormones de croissance.....

Neurologiques : NON OUI Précisez :

Convulsions – Epilepsie
 Paralysie – Hémiplégie – Accident vasculaire
 Migraines
 Dépression
 Autres :

Digestifs : NON OUI **Précisez :**

- Reflux gastro-oesophagien – Hernie hiatale
- Ulcère – Gastrite
- Hépatite – Jaunisse

- Cirrhose
- Hémorragie digestive
- Autres :

Urinaires : NON OUI **Précisez :**

- Infections urinaires – Cystites
- Insuffisance rénale

- Problèmes de prostate
- Autres :

Rhumatologie : NON OUI **Précisez :**

- Polyarthrite rhumatoïde
- Maladies de la colonne vertébrale

Ophthalmologie : NON OUI **Précisez :**

- Glaucome
- Forte myopie

Obstétricaux :

Nombre de grossesses : Nombre d'accouchements :
 Complications pendant la grossesse / lors de l'accouchement ? NON OUI
 Etes-vous enceinte ? NON OUI

Divers :

- Avez-vous des dents fragiles ? NON OUI
- Dents sur pivot, couronnes, bridges ? NON OUI
- Portez-vous un appareil dentaire ? NON OUI
- Portez-vous des lentilles de contact ? NON OUI
- Avez-vous des piercings ? NON OUI
- Avez-vous des tatouages ? NON OUI

Dans **votre famille**, l'un de vos proches a-t-il été soigné pour :

- Diabète
- Infarctus
- Allergie
- Porphyrie
- Une autre maladie grave ?
- Hémophilie
- Maladie musculaire
- Maladie de Willebrand
- Phlébites à répétition

Votre traitement : Citez tous les médicaments, leur dosage et les horaires de prise :

Médicament :	Dosage :	Horaire :	Médicament :	Dosage :	Horaire :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Remarques particulières:

.....

Pensez à apporter à la consultation d'anesthésie les documents médicaux en votre possession : ordonnances récentes, bilans sanguins, examens cardio-vasculaires et pulmonaires, comptes-rendus de consultation spécialisée ou d'hospitalisation.

Fait à Jossigny, le / /

Signature