

Vous prient de bien vouloir vous souvenir de votre rendez-vous
 Duà
 Et vous remercient de prévenir le secrétariat en cas d'impossibilité.

QUESTIONNAIRE PRÉANESTHÉSIQUE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement subir une intervention chirurgicale ou un acte nécessitant une anesthésie. Afin de mieux vous connaître, nous vous remettons ce questionnaire médical à remplir par vos soins ou à l'aide de votre médecin traitant. Il vous sera demandé lors de la consultation préanesthésique. Veuillez également vous munir des examens sanguins, groupe sanguin, électrocardiogramme, comptes-rendus de consultations chez un spécialiste, radio pulmonaire ou radios de rachis lombaire en votre possession. **Vous devez prendre un rendez-vous de consultation préanesthésique au secrétariat du département d'anesthésie - Tél. 02.43.86.75.30 entre 8 heures et 16 heures du lundi au vendredi (sauf mercredi de 8 h à 13 h 30).**

Nom : Prénom : Tél :
 Date de naissance : Poids : Taille : Sexe : F / M
 Nature de l'intervention programmée :
 Date de l'intervention : Chirurgien :

1 - Quelles interventions chirurgicales avez-vous déjà subies ?

INTERVENTIONS	DATES	
1		
2		
3		
4		
5		
6		

2- Avez-vous eu des grossesses ? OUI NON Combien avez-vous d'enfants ?
 Avez-vous eu des péridurales pour vos accouchements ? OUI NON Combien ?
 Avez-vous eu des complications lors de vos grossesses ? OUI NON Lesquelles ?

3- Avez-vous ou avez-vous eu une des affections suivantes ? OUI NON Entourez celle(s) vous concernant.
 Allergie* - Angine de poitrine - Infarctus - Hypertension artérielle - Trouble du rythme cardiaque - Souffle cardiaque Syncope - Varices - Phlébites - Embolie pulmonaire - Asthme - Bronchite chronique - Glaucome - Ulcère de l'estomac Diabète - Hépatite - Sida - Sérologie HIV positive - Epilepsie - Paralysie - Anomalie de la coagulation - Myopathie Myasthénie - Porphyrie - Anomalie de la colonne vertébrale.
 * Êtes-vous allergique à un des produits suivants : Latex - Kiwi - Avocat - Banane - Châtaigne - Sarrasin.
 Antibiotique lequel ?

4 - Avez-vous une autre maladie, laquelle ?

5 - Répondez aux questions suivantes par oui ou par non en rayant la mention inutile.

Avez-vous déjà été opéré(e) ?		OUI		NON
Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ?		OUI		NON
Avez-vous déjà eu une anesthésie loco-régionale (péridurale-rachianesthésie-bloc) ?		OUI		NON
Avec-vous eu un accident d'anesthésie ?		OUI		NON
Avez-vous connaissance d'accident d'anesthésie dans votre famille ?		OUI		NON
Avez-vous déjà été transfusé(e) ?		OUI		NON
Avez-vous un trouble de la coagulation du sang ?		OUI		NON
Saignez-vous facilement, du nez, des gencives, lors de coupures ?		OUI		NON
Avez-vous connaissance de maladies hémorragiques dans votre famille ?		OUI		NON
Prenez-vous de l'aspirine ou un médicament en contenant ?		OUI		NON
Prenez-vous des anticoagulants ?		OUI		NON
Vous arrive-t-il d'être gêné(e) pour respirer ?		OUI		NON
Toussez-vous, crachez-vous fréquemment ?		OUI		NON
Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs dans la poitrine ?		OUI		NON
Vous arrive-t-il de sentir votre cœur battre rapidement ou irrégulièrement ?		OUI		NON
		OUI		NON
Avez-vous un appareil dentaire ?				
Avez-vous une prothèse, oculaire, d'une articulation ou autre ?		OUI		NON
Etes-vous enceinte ?		OUI		NON
Fumez-vous ?		OUI		NON
Buvez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ?		OUI		NON

6 - Prenez-vous des médicaments, lesquels, à quelle dose ?

Écrivez lisiblement en majuscule SVP

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE			
	Matin	Midi	Soir	Au coucher
.....
.....
.....
.....
.....

La personne ayant rempli ce questionnaire est-elle (il) le (la) patient(e) devant subir l'intervention sinon quel est votre lien de parenté ? OUI NON

Date : Signature :

Avec nos remerciements, Les Anesthésistes