

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE A LA CONSULTATION ANESTHESIQUE

Consultation anesthésique :
46/48 - 50, rue Nicolo – 76116 PARIS
Tél : 01.40.72.33.92
RDV le : / / 20..... A :H.....
Avec le Dr :

Madame, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé au sein de notre établissement.

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 remplir ce document et le rapporter lors de la consultation d'anesthésie.

Nom : Prénom : Sexe : F M
Date de naissance : [] [] / [] [] / [] [] [] [] Poids : Taille :
Profession : Téléphone : [] [] [] [] [] []
Adresse :
Code postal : [] [] [] [] [] [] Ville :
MEDECIN TRAITANT : Dr
Adresse :
Code postal : [] [] [] [] [] [] Ville :
Téléphone : [] [] [] [] [] []
 Je refuse que les informations concernant mon séjour soient communiquées à mon médecin traitant

Quel est votre groupe sanguin ? Avez-vous déjà été transfusé ? NE SAIT PAS OUI NON

Avez-vous déjà été endormi(e) ? OUI NON

Pour quelle(s) opération(s) ?
.....
.....
.....

Avez-vous eu une anesthésie locale ? OUI NON

Un incident se serait-il produit au cours de ces anesthésies ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Un parent aurait-il présenté un problème grave au cours d'une anesthésie ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Avez-vous déjà été hospitalisé pour une autre maladie ? OUI NON

Si oui, laquelle ?

Prenez-vous habituellement des médicaments ? OUI NON

Lesquels et à quelle fréquence ?

(sinon, apportez une ordonnance de votre médecin traitant indiquant l'ensemble de votre traitement)

Prenez-vous : - de l'aspirine ou dérivés ? OUI NON

- des collyres ? OUI NON

- autres :

Avez-vous des antécédents d' ALLERGIE ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Aspirine	<input type="checkbox"/> pénicilline	<input type="checkbox"/> autre médicaments :		
<input type="checkbox"/> Iode	<input type="checkbox"/> Sparadrap	<input type="checkbox"/> Aliments :		
<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Rhume des foins	<input type="checkbox"/> Cosmétiques :		
<input type="checkbox"/> Urticaire	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Produits divers :		

Avez-vous des antécédents CARDIOVASCULAIRES ?					<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Infarctus	<input type="checkbox"/> Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> Palpitations	<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Phlébites		
<input type="checkbox"/> Artérite	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Essoufflement	<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire			

Avez-vous des antécédents PULMONAIRES ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Tuberculose		
<input type="checkbox"/> Pleurésie	<input type="checkbox"/> Pneumothorax	<input type="checkbox"/> Autres :			
Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Combien par jour ? Depuis combien de temps ?					

Avez-vous des antécédents DIGESTIFS ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Gastrite, Ulcère	<input type="checkbox"/> Hépatite (ou jaunisse)	<input type="checkbox"/> Maladie du côlon		

Avez-vous des antécédents NEUROLOGIQUES ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébrale		
<input type="checkbox"/> Migraine	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Hernie discale		
<input type="checkbox"/> Tétanie – spasmophilie				

Avez-vous d' AUTRES ANTÉCÉDENTS ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Cholestérol	<input type="checkbox"/> Thyroïde		
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Maladie de l'œil	<input type="checkbox"/> Alcoolisme		
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Rhumatisme			
<input type="checkbox"/> Maladie cancéreuse :				
<input type="checkbox"/> Autre :				

DIVERS :		
Portez-vous des verres de contact ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une prothèse dentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une dent qui bouge ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Faites-vous facilement des bleus ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Saignez-vous longtemps après une coupure ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu une prise de sang dans les 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Madame : - Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- Combien avez-vous eu de grossesses antérieures ?		

Avez-vous un régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Pensez-vous avoir autre chose à signaler ? OUI NON

.....
.....

Date : / /

Signature :