



Unité d'Anesthésie-Réanimation

Consultation sur rendez-vous

01.44.16.52.01

Fax Consultation : 01.44.16.53.03

contact@anesthesie-les-peupliers.com

www.anesthesie-les-peupliers.com

QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIQUE

Pour que votre intervention se déroule dans les meilleures conditions de sécurité, il est essentiel que le Médecin Anesthésiste connaisse au mieux votre passé médical et chirurgical (il s'agit de **VOS antécédents** et non ceux des membres de votre famille).

Merci de compléter ce questionnaire et de le rapporter pour le remettre au Médecin Anesthésiste, le jour de votre consultation.

En cas de difficultés, vous avez la possibilité de vous faire aider par votre médecin traitant.

N'oubliez pas de rapporter, le jour de votre consultation d'anesthésie, vos ordonnances et les résultats de vos examens (prises de sang, électrocardiogramme, échographie, radiographie, compte-rendus opératoires, tests allergologiques, etc...). +++++

NOM : **Prénom :** Date de naissance : / /

Poids : kg Taille : cm Profession :

▪ **Etes-vous allergique ? Si oui, merci de préciser à quoi et comment se manifeste l'allergie** Oui Non
 (médicaments, aliments, produits de contraste iodés, latex, etc) :

▪ **Avez-vous déjà bénéficié de tests allergologiques ? Si oui, merci de rapporter les résultats** Oui Non

▪ **Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? Si oui, lesquels :**

<input type="checkbox"/> Angine de poitrine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infarctus	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque ou œdème pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Palpitations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Essoufflement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Varices	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Phlébite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Artérite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres :		

▪ **Avez-vous des antécédents respiratoires ? Si oui, lesquels :**

<input type="checkbox"/> Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Bronchite chronique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pneumonie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pneumothorax	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pleurésie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées du sommeil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres :		

▪ **Avez-vous des antécédents digestifs ? Si oui, lesquels :**

<input type="checkbox"/> Gastrite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ulcère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hernie hiatale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hépatite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maladie du côlon	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà passé une fibroscopie gastrique ou une coloscopie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres :		
■ Avez-vous des antécédents neurologiques ? Si oui, lesquels :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Méningite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Migraine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dépression	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hernie discale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres :		
■ Avez-vous d'autres antécédents médicaux ? Si oui, lesquels :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cholestérol	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Thyroïdie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problèmes de prostate, vessie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Glaucome	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maladie musculaire (personnelle ou familiale)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maladie de la coagulation (personnelle ou familiale)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maladie cancéreuse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres :		
■ Si vous êtes une femme en période d'activité génitale, avez-vous un moyen de contraception ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si oui, lequel :		
■ Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une (des) maladie(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, la(les)quelle(s) :</i>		
■ Avez-vous déjà été opéré(e) ? Si oui, quelle(s) intervention(s)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
■ Avez-vous présenté un problème particulier lors d'une anesthésie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, lequel (intubation, allergie, saignement, nausées ou vomissements, etc) :</i>		
■ Dans le cadre du risque de saignement :		
<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2cm ou des hématomes importants sans choc ou après un choc sans importance ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avez-vous saigné de façon anormale après une intervention chirurgicale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement (pour les femmes) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes (pour les femmes) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Y-a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

- Avez-vous bénéficié d'une transfusion sanguine ? *Si oui, à quelle occasion :* Oui Non
- Prenez-vous, actuellement, des médicaments ? Oui Non
Si oui, merci de préciser le(s)quel(s) dans le tableau ci-dessous et de rapporter vos ordonnances en cours.

Noms des médicaments	Matin	Midi	Soir

- Etes-vous fumeur ? *Si oui, nombre de cigarettes par jour :* Oui Non
- Consommez-vous de l'alcool de façon régulière ? *Si oui, quantité par jour :* Oui
Non
- Faites-vous du sport ou de l'activité physique ? *Si oui, quoi :* Oui Non
- Avez-vous le mal des transports ? Oui Non
- Avez-vous une (des) prothèse(s) dentaire(s), dent(s) mobile(s), manquante(s), cassée(s),
dent(s) sur pivot, couronne(s), bridge(s), implant(s) ? Oui Non
- Portez-vous des lentilles, lunettes, prothèse(s) auditive(s), prothèse(s) oculaire(s), piercing(s) ? Oui
Non
- Avez-vous la notion de « veines difficiles à piquer » ? Oui Non
- Pensez-vous avoir d'autres informations à nous signaler ? *Si oui, lesquelles :* Oui
Non