



QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

Nom et Prénom	
Date de naissance	
Téléphone	
Poids	Taille

Ce **questionnaire confidentiel** est destiné à mieux vous connaître avant votre anesthésie. Votre médecin traitant pourra éventuellement vous aider dans cette tâche : **remplissez-le soigneusement et remettez-le au Médecin Anesthésiste le jour de votre consultation d'Anesthésie**. N'oubliez pas d'apporter en même temps votre dossier médical (examens de laboratoire récents, carte de groupe sanguin, radio pulmonaire et autres radios, électrocardiogrammes, ordonnances récentes, compte-rendu médicaux récents ou anciens).

	OUI	NON
1. Avez-vous déjà été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ sous anesthésie générale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ sous anesthésie locale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ en Neurochirurgie ? Si oui, à quelle date :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si OUI		
➔ Avez-vous présenté un incident lors d'une anesthésie précédente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Avez-vous été transfusé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prenez-vous des médicaments régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Si oui, merci d'apporter vos ordonnances		
➔ Avez-vous un moyen de contraception ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel		
➔ Avez-vous été traitée par l'hormone de croissance extractive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Consommez-vous :		
➔ De la drogue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Du tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ De l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Etes-vous soignée ou avez-vous été soignée pour :		
➔ Maladie du cœur, des vaisseaux, souffle cardiaque, hypertension...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Thrombophlébite avec ou sans embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Maladie respiratoire : asthme, bronchite chronique, emphysème, pneumothorax...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Diabète, maladies de la thyroïde...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Troubles neurologiques : dépression, paralysie, épilepsie, troubles intellectuels récents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Gastrite, ulcère gastro-duodénal, hépatite...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
6. Avez-vous un ronflement habituel au cours du sommeil et/ou une hypersomnie diurne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous présenté des manifestations allergiques ? Urticaire, eczéma, asthme, œdème de Quincke, rhume des foins...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous une tendance anormale au saignement qu'on a signalé : <ul style="list-style-type: none"> ➔ dans votre famille ➔ à l'occasion de traumatismes minimes (saignements de nez fréquents plaies simples) ? ➔ après des extractions dentaires ? ou à l'occasion d'une chirurgie ? ➔ avez-vous des règles abondantes ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Vous ou un membre de votre famille est-il atteint d'une des maladies rares suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ➔ maladie des muscles : myopathie, myasthénie, hyperthermie maligne ➔ Porphyrurie, œdème angioneurotique, hémoglobinopathie ➔ Maladie de Creutzfeld-Jacob 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Avez-vous des troubles ou une maladie ayant nécessité une hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS COMMENTAIRES (pour chacune des questions à laquelle vous avez répondu « oui », donnez des détails dans la partie réservée de cette feuille)

Date :

COMMENTAIRES MEDICAUX (Partie réservée à votre médecin traitant)

Nom du médecin traitant

Téléphone du médecin traitant

Date