

SERVICE D'ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE

Ce questionnaire nous aidera à mieux connaître votre état de santé ; nous vous prions de le remplir et de le rapporter le jour de consultation d'anesthésie. Veuillez également vous munir des examens sanguins, électrocardiogramme, échographies, comptes-rendus de consultations chez un spécialiste, radio pulmonaire en votre possession

Nom Prénom Age

Sexe Poids Taille Profession

1. Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ou une anesthésie ? Lesquelles et quand ?

Date

Date

2. Vous a-t-on parlé d'un incident ou un accident d'anesthésie, vous concernant ?

Oui Non si OUI lequel et quand :

3. Un de vos parents a-t-il présenté un accident d'anesthésie ?

Oui

Non

4. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une autre raison que les interventions chirurgicales ?

Oui

Non

Année Motif d'hospitalisation

Année Motif d'hospitalisation

5. Vous fumez ? Oui Non Combien / jour Depuis quand ?

Si vous avez arrêté de fumer, quand ?

6. Vous buvez : bière vin apéritif Autre, Depuis quand ?

7. Avez-vous eu une transfusion du sang ?

Oui

Non

8. Saignez-vous facilement du nez, des gencives ou lors de coupures ?

Oui

Non

9. Faites-vous des hématomes (bleus) spontanément ?

Oui

Non

10. Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction dentaire ?

Oui

Non

11. Y a-t-il des maladies hémorragiques (de coagulation) dans votre famille ?

Oui

Non

12. Avez-vous ou avez-vous eu une allergie ou une réaction inhabituelle à : médicaments, aliments, sparadrap, latex, iode ou autre ?

Oui

Non

13. Prenez-vous des médicaments ? Lesquels ? N'oubliez pas de rapporter vos ordonnances !

Oui

Non

Avez-vous été traité ou êtes-vous traité(e) pour une maladie parmi les affections suivantes ? Oui Non
Si OUI cochez les cases correspondantes.

Cardio-vasculaire

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? Pourquoi ? Oui Non

Souffle cardiaque

Infarctus du myocarde /angor

Phlébite / embolie pulmonaire

Palpitations/troubles du rythme

Hypertension artérielle

Broncho-pulmonaire

Asthme (dernière crise)

Bronchite chronique/ emphysème

Tuberculose

Apnée du sommeil

Pneumonie /pneumothorax

Neurologiques

Épilepsie

Accident vasculaire cérébral

Trauma crânien/ perte de connaissance

Digestive

Hernie hiatale

Ulcère gastrique/ gastrite

Hépatite ou jaunisse

Pancréatite/ colique biliaire

Diabète (traité ?) Oui Non

Insuline

Comprimés

Autres

Glaucome

Maladies musculaires

Maladie thyroïdienne

Insuffisance rénale/dialyse

Problèmes de prostate

Avez-vous eu des problèmes dans les 2 dernières semaines ?

Rhume

Bronchite

Fièvre

A présent vous avez ?

Douleurs dans la poitrine

Palpitations

Vertiges/ malaise

Douleur / œdème dans les jambes

Mal à respirer pendant la nuit

Fatigue à monter les escaliers

Toux et des crachats le matin

Crises d'angoisse

Des difficultés à uriner

Essoufflement au moindre effort

Saignements du nez ou des gencives

Nausée et vomissements

Brûlures à l'estomac

Ronflements pendant le sommeil

Madame, avez-vous déjà été enceinte ?

Oui

Non

Accouchement ?

Césarienne ?

Péridurale ?

Avez-vous eu des complications pendant les grossesses ou lors de l'accouchement ?

Oui

Non

Prenez-vous la pilule ?

Oui

Non

Êtes-vous enceinte ?

Oui

Non

Êtes-vous en période d'allaitement ?

Oui

Non

Date :

Signature :