

# Questionnaire en vue d'une anesthésie

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Taille : ..... Âge : ..... Poids : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Quel est le médecin qui vous envoie ? .....

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître avant votre anesthésie (les parents pourront remplir ce questionnaire pour leurs enfants). Votre médecin traitant pourra éventuellement vous aider. Remplissez ce questionnaire le plus complètement possible, il vous sera réclamé par le médecin anesthésiste lors de la consultation.

NSP : ne sais pas

	QUESTIONS	OUI	NON	NSP
1	Êtes-vous essoufflé(e) après avoir monté un étage ?			
	- Avez-vous le cœur qui bat vite ?			
	- Votre médecin vous a-t-il déjà parlé d'un infarctus ou d'une angine de poitrine ?			
	- Avez-vous déjà perdu connaissance ?			
2	Fumez-vous ?			
	- Toussez-vous, crachez-vous fréquemment ?			
3	Consommez-vous des drogues ou de l'alcool ?			
4	Vous faites-vous des bleus facilement ?			
	- Avez-vous saigné longtemps après une blessure ou une opération ?			
	- Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ?			
5	Avez-vous parfois un rhume des foins ?			
	- Avez-vous de l'asthme ?			
	- Avez-vous de l'eczéma ?			
	- Avez-vous de l'urticaire ?			
	- Êtes-vous allergique à certain(s) médicament(s) ?			
	Y a-t-il des asthmatiques ou des allergiques dans votre famille ?			
6	Avez-vous déjà été opéré(e) ?			
	- Vous a-t-on fait une anesthésie locale ou générale ?			
	- Avez-vous déjà été hospitalisé ?			
7	Êtes-vous enceinte ?			
8	Avez-vous eu ou avez-vous des maladies particulières ?			
	- Cardiaques			
	- Pulmonaires			
	- Rénales			
	- Oculaires			
	- Diabète			
	- Hépatite			
	- Ulcère de l'estomac			
	- Autres :			

Si vous répondez OUI, veuillez préciser au dos du questionnaire votre réponse.

# Questionnaire en vue d'une anesthésie (suite)

## VEUILLEZ RAMENER VOS ORDONNANCES PRÉCÉDENTES SVP.

Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

(Y compris aspirine, pommade diverse, collyres, laxatifs)

TRAITEMENT	DOSE/JOUR

Notez ci-dessous les autres médicaments pris récemment et que vous ne prenez plus actuellement :

.....  
.....  
.....

• Êtes-vous porteur d'une prothèse dentaire ou dents sur pivot ?  Oui  Non

• Avez-vous pris pendant plusieurs mois ou années un ou plusieurs médicaments particuliers ?

Si oui lesquels ?

.....  
.....

Pourquoi ?

.....  
.....

SPORT	OUI	NON
Faites-vous du sport ?		
Si oui lesquels ?		
Combien d'heures par semaine		

Observations particulières : pour chacune des questions 1 à 7 pour lesquelles vous avez répondu OUI, donnez des détails dans le cadre réservé à cet effet.

Écrivez ici vos commentaires et signez ce document. Merci.

Date :

Signature :

Partie réservée au médecin anesthésiste

Commentaires médicaux :