

ANESTHESIE REANIMATION

39 chemin de la Vernique, 69130 ECULLY

Médocentre, allée B, 1er étage

tél: 04 72 19 34 33, fax: 04 72 19 34 94, mail: scparvo@yahoo.fr

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE

Antécédents personnels du patient concerné (adulte ou enfant)

La consultation d'anesthésie pré-opératoire, obligatoire depuis la loi du 5.12.94, a pour but de connaître votre état de santé afin de choisir et vous expliquer le type d'anesthésie le plus adapté à votre cas.

Lors de cette consultation, vous sera remise une information écrite qu'il faudra lire et rapporter signée lors de votre admission.

Merci de prendre rendez-vous le plus tôt possible en ligne sur le site **www.doctolib.fr** ou au **04-72-19-34-33**, de remplir ce questionnaire, en vous faisant aider si besoin de votre médecin traitant, et d'apporter vos ordonnances et examens récents (sanguins, cardiologiques, ou radiologiques).

Nom _____ **Prénom** _____ **Profession** _____

Age _____ Poids Actuel _____ Si grossesse : Poids de départ _____ Taille _____

Tabac (cig /j) _____ Alcool (verres /j): _____ Activité Physique, Sport _____

SUIVEZ VOUS UN TRAITEMENT ? (en cours ou récent) **OUI** **NON**

-
-
-
-

AVEZ-VOUS DEJA PRESENTE DES ALLERGIES ? **OUI** **NON**

<input type="checkbox"/> Rhume des foins	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTS (précisez) :
<input type="checkbox"/> Produits iodés	<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> PENICILLINE
<input type="checkbox"/> Arachide	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> LATEX

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ? **OUI** **NON**

<input type="checkbox"/> Hémophilie, Maladie de Willebrand	<input type="checkbox"/> Oedeme Angio-Neurotique	<input type="checkbox"/> Autre (précisez):
<input type="checkbox"/> Maladie Neuro-Musculaire	<input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie	

AVEZ-VOUS DEJA ETE OPERE(E) ? (si oui, précisez) **OUI** **NON**

-
-
-
-

Avez-vous eu des problèmes lors de précédentes anesthésies (ex: vomissements)?

ANTECEDENTS MEDICAUX

CARDIAQUES

Infarctus, angine de poitrine oui non
Palpitations, syncopes oui non
Pace maker oui non
Hypertension artérielle oui non
Souffle cardiaque oui non
Phlébite, Embolie pulmonaire oui non
Varices oui non
Cholestérol, Triglycérides oui non

RESPIRATOIRES

Asthme oui non
Bronchites chroniques oui non
Insuffisance respiratoire oui non
Apnées du sommeil appareillées oui non

INFECTIEUX

VIH, SIDA oui non
Hépatite B ou C oui non

TRANSFUSION SANGUINE

oui non

URINAIRES, RENAIUX

Insuffisance rénale, dialyse oui non
Problèmes de prostate oui non

DIGESTIFS

Ulcère gastroduodénal oui non
Reflux gastro-oesophagien oui non
Mal des transports oui non

NEUROLOGIQUES

Epilepsie, convulsions oui non
Coma oui non
Accident vasculaire cérébral oui non
Sclérose en Plaques oui non
Migraines oui non
Maladie de Parkinson oui non
Glaucome oui non

ENDOCRINIENS

Diabète oui non
Problèmes de Thyroïde oui non

COAGULATION

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement oui non
Tendance aux ecchymoses/hématomes importants pour un choc mineur oui non
Saignement prolongé après une extraction dentaire oui non
Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomies) oui non
Pour les femmes : Hémorragie importante après accouchement, règles abondantes, prolongées ayant conduit à une consultation médicale ou un traitement oui non

PORTEZ VOUS ?

Prothèse auditive Appareil dentaire, pivots, implants, couronnes Lunettes, Lentilles

FEMMES UNIQUEMENT

Grossesse en cours : oui non
- Terme : _ _ _ _ semaines
Accouchements précédents :
- Sous Périurale oui non
- Problème particulier oui non

ENFANTS UNIQUEMENT

Ancien prématuré oui non
A déjà été hospitalisé oui non
Marche acquise oui non
Problème développement / scolarité oui non
Parents fumeurs oui non

AUTRE : Avez-vous autre chose à signaler ou préciser ?

DATE :

SIGNATURE :