

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIOLOGIE

Veuillez remplir le plus exactement possible ce questionnaire en **ENTOURANT** la réponse exacte.
Pour les enfants de moins de quinze ans, ce questionnaire doit être rempli par les parents. Merci de le signer.

NOM :	AGE :	POIDS :	TAILLE :	SEXE : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
PRENOM :				
PROFESSION :				

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?	OUI	NON
Si oui, LESQUELLES :	ANNEE(S)	
	---	---
	---	---
	---	---
	---	---
	---	---

Avez-vous eu une ou plusieurs Transfusions Sanguines ?	OUI	NON
Vous a-t-on signalé un problème lors d'une précédente anesthésie?	OUI	NON
Etes vous opposé à la transfusion sanguine en cas d'urgence vitale?	OUI	NON

ANTECEDENTS CARDIO-VASCULAIRES :

Avez-vous ressenti une douleur thoracique en faisant un effort physique ? (angine de poitrine)	OUI	NON
Avez-vous eu un infarctus du myocarde ? Si oui, date :	OUI	NON
Avez-vous un souffle au cœur ?	—	OUI
Etes-vous essoufflé(e) lors d'efforts modérés (ex: monter plus de 2 étages) ?	OUI	NON
Avez-vous une hypertension artérielle ?	OUI	NON
Avez-vous eu une ou plusieurs pertes de connaissance ?	OUI	NON
Avez-vous eu une paralysie ?	OUI	NON
Avez-vous des crampes en marchant ? Une artérite des membres inférieurs ?	OUI	NON
Avez-vous des varices ?	OUI	NON
Avez-vous eu une phlébite ou une embolie pulmonaire?	OUI	NON

ANTECEDENTS PULMONAIRES :

Etes-vous asthmatique ?	OUI	NON
Fumez-vous ? Si oui, quelle quantité ?	OUI	NON
Toussez-vous et/ou crachez-vous le matin ?	OUI	NON
Avez-vous eu la tuberculose ?	OUI	NON
Avez-vous eu une autre maladie respiratoire ?	OUI	NON

VEUILLEZ TOURNER LA PAGE SVP

ANTECEDENTS RENAUX :

Avez-vous eu des coliques néphrétiques ?	OUI	NON
Avez-vous eu des infections urinaires ?	OUI	NON
Avez-vous une insuffisance rénale (urée élevée) ?	OUI	NON
Avez-vous des difficultés à uriner, un adénome de la prostate connu ?	OUI	NON

ANTECEDENTS DIGESTIFS :

Avez-vous eu, ou avez-vous un ulcère à l'estomac ou au duodénum ?	OUI	NON
Avez-vous une hernie hiatale (hernie de l'estomac) et/ou du reflux gastrique ?	OUI	NON
Avez-vous eu ou avez vous une hépatite (maladie du foie , « jaunisse ») ?	OUI	NON
Buvez-vous quotidiennement de l'alcool ?	OUI	NON

ANTECEDENTS ALLERGIQUES :

Etes-vous allergique à un médicament ou à un produit ?	OUI	NON
Si oui, lequel ?		

QUESTIONS DIVERSES :

Madame :avez-vous eu des enfants ? Nombre :	OUI	NON
Madame: êtes-vous enceinte ou avez-vous un retard de règle?	OUI	NON
Etes-vous diabétique ?	OUI	NON
Etes-vous suivi pour une maladie infectieuse (hépatite chronique, VIH, autres....) ?	OUI	NON
Avez-vous une maladie musculaire ou neuromusculaire (myopathie) ?	OUI	NON
Avez-vous une maladie neurologique ou des crises d'épilepsie?	OUI	NON
Avez-vous des saignements prolongés (nez, gencives, urine, règles) ?	OUI	NON
Avez-vous été hospitalisé en raison de saignement(s) important(s)	OUI	NON
Ronflez-vous fort la nuit ?	OUI	NON
Etes-vous somnolent la journée ?	OUI	NON
Souffrez-vous d'apnées du sommeil ?	OUI	NON
Avez-vous un glaucome (hypertension intraoculaire) ?	OUI	NON
Avez-vous des lentilles de contact, des piercing ou appareil amovibles (auditifs,)?	OUI	NON
Avez-vous - un ou des appareils dentaires ?	OUI	NON
- des dents sur pivots , bridge ou implants dentaires ?	OUI	NON
- des dents fragiles et/ou mobiles ?	OUI	NON
Avez-vous d'autres problèmes ou une autre maladie à signaler ?	OUI	NON

ANTECEDENTS FAMILIAUX:

Dans votre famille:

Y-a-t-il des cas de phlébites répétées ou d'embolie pulmonaire?	OUI	NON
Y-a-t-il des cas de saignements importants (hémophilie, maladie Willebrand)?	OUI	NON
Y-a-t-il des cas de maladie neuromusculaire (myopathie, hyperthermie maligne)?	OUI	NON

TRAITEMENT (joindre vos ordonnances et votre carte de groupe sanguin) :

Prenez-vous actuellement des médicaments ?	OUI	NON
Si oui, lesquels (préciser les doses)?		

MERCI DE VOTRE COLLABORATION