

Questionnaire de santé pré-anesthésique

Afin d'établir avec efficacité et exactitude votre dossier médical pour le traitement prévu, nous vous prions de bien vouloir remplir à l'avance ce questionnaire en mettant pour chaque question une croix dans la case oui ou non correspondante.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Profession : _____

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

		oui	non
1	Prenez-vous quotidiennement des médicaments ? Si oui, lesquels et précisez leurs dosages :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous suivi récemment un traitement médical ? Si oui, pour quelle affection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous déjà subi une opération ? Si oui, en quelle année et quelle opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Des complications ou difficultés (intubation difficile...) se sont-elles produites lors de ces opérations ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	Des membres de votre famille auraient présenté des complications lors d'anesthésie ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous déjà eu des transfusions de produits sanguins ? Si oui, à quelle occasion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Souffrez-vous de :		
	- Maladies du cœur (p.ex. : angine de poitrine, infarctus, palpitations, essoufflement en montant les escaliers) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladies circulatoires (p.ex. : varices, thrombose, hémorragies, embolies pulmonaires, pression trop basse ou trop haute) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladies des poumons (p.ex. : tuberculose, silicose, pneumonie, pleurésie, emphysème, asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladie du foie (p.ex. : jaunisse, hépatite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladie des reins (p.ex. : calcul, infections) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladie du métabolisme et/ou endocrinologique (p.ex. : diabète, goutte, cholestérol, thyroïde) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladie du sang (p.ex. : tendance aux hématomes, saignement de nez, anémie, anticoagulation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladie neurologique (p.ex. : épilepsie, paralysie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladie musculaire (p.ex. : myasthénie, myopathie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Maladie des yeux (p.ex. : glaucome) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Troubles du comportement (p.ex. : dépression) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Une affection non mentionnée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergies (p.ex. : rhume des foins, allergies alimentaires, médicamenteuses) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Fumez-vous (tabac) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Consommez-vous des stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Portez-vous un appareil dentaire amovible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques complémentaires à apporter ?

Avez-vous lu et compris le document information avant une anesthésie ? oui non

Une fiche de votre consentement éclairé sera expliquée lors de votre consultation d'anesthésie

Date et signature : _____