

Questionnaire d'anesthésie

A remplir AVANT votre consultation

Pour prendre rendez-vous, connectez vous sur le site "Mon Rendez-vous d'anesthésie" à l'adresse suivante : <https://monrendezvousdanesthesie.fr>

Vos Initiales :

Date+heure de consultation :

Poids : kg

Taille : cm

Médecin Traitant :

Heure d'entrée prévue :

Critères d'ambulatoire	oui	non
Quelqu'un pourra vous raccompagner le soir ?		
Quelqu'un sera avec vous la 1ère nuit ?		

Traitement en cours (Apporter vos ordonnances)

Nom du médicament (ex : doliprane 500 mg)	Posologie				Nom du médicament (ex : doliprane 500 mg)	Posologie			
	matin	midi	soir	nuit		matin	midi	soir	nuit

Antécédents chirurgicaux

Veillez lister ici les interventions chirurgicales que vous avez eu

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Antécédents Allergiques	oui	non	Habitude de vie	oui	non
Allergie à un médicament			Fumez-vous ?		
Allergie à un aliment			Combien de cigarettes par jour ?		
Rhinite saisonnière					
Merci de préciser les médicaments ou aliments auxquels vous êtes allergique :			Consommez-vous de l'alcool ?		
-			Combien par jour ?		
-					
-					

Avez-vous une ou plusieurs des pathologies listez ci-dessous ?

Antécédents Cardio-Vasculaires	oui	non	Antécédents Respiratoires	oui	non
Hypertension artérielle			Asthme		
Infarctus du myocarde			- déjà hospitalisé pour asthme ?		
Angine de poitrine (angor)			- date de la dernière crise d'asthme		
Palpitations ou trouble du rythme			- nombre de crise par mois		
Œdème pulmonaire			Bronchite chronique (BPCO)		
Syncopes			Emphysème		
Souffle au cœur					

Antécédents Digestifs	oui	non	Antécédents Neurologiques	oui	non
Ulcère à l'estomac			Méningite		
Ulcère au duodénum			Epilepsie		
Hépatite virale B ou C			Crise de tétanie, d'angoisse		
Hernie hiatale à l'estomac			Sciatique		
Reflux gastrique (RGO)			Accident vasculaire cérébral (AVC)		
			Accident ischémique transitoire (AIT)		

Sang et coagulation	oui	non	Divers	oui	non
Hémophilie			Diabète		
Maladie de Willebrand			Problème de thyroïde		
Phlébite			Adénome de prostate		
Embolie pulmonaire			Insuffisance Rénale chronique		
Transfusion avec du sang			Avez-vous déjà eu un cancer ?		
Saignements <u>fréquents</u> des gencives			Si oui, précisez.		
Saignements <u>fréquents</u> du nez					

Antécédents Dentaires : Avez-vous ...

	oui	non	Précisez (haut, bas, quelles dents, ...)
des appareils dentaires amovibles ?			
des appareils dentaires fixes (bridges) ?			
des pivots ou des implants ?			
des dents déchaussées, fragiles ?			
des dents cassées ?			
des dents mobiles ?			

En cas de doute, contactez votre dentiste

Autres problèmes médicaux non évoqués dans le questionnaire :