

Questionnaire médical pré-anesthésique

À remplir par le patient

Afin de préparer au mieux votre intervention chirurgicale ou votre examen endoscopique, **nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical aussi précisément que possible**, si besoin avec l'aide de votre médecin traitant. Les informations fournies nous permettront de garantir votre sécurité et d'organiser votre anesthésie dans les meilleures conditions.

Le jour de la consultation, n'oubliez pas d'apporter vos documents médicaux récents s'ils existent : courrier de consultation, compte rendu d'hospitalisation, examens cardiaques (ECG, échographie, épreuve d'effort, scintigraphie, coroscaner, etc.), examens biologiques, **ainsi que vos ordonnances**.

Nom :	Age :	Vit seul : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Prénom :	Poids :	Taille :
Intervention :	Profession :	
Opérateur :	Médecin traitant :	

Citez vos **précédentes interventions**, même anciennes, ou **examens** réalisés sous anesthésie générale ou loco-régionale (partie du corps endormie), si possible avec la date (approximative) :

Année	Intervention / Examen	Année	Intervention / Examen

Avez-vous eu des **problèmes lors de vos précédentes anesthésies** (allergies, effets indésirables, difficulté d'intubation, autre) ?

Quel est votre **traitement actuel** ? (Apportez vos ordonnances)

Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir

Informations médicales

Êtes-vous ou avez-vous été suivi(e) pour les problèmes de santé suivants ?

Allergies

	Oui	Non
• À certains aliments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels ?		
• À certains médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels ?		
Quels types de réactions ?		
.....		

Pathologies cardio-vasculaires

	Oui	Non
• Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rythme cardiaque irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficulté à monter 2 étages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Douleurs dans la poitrine d'origine cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Œdème pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Phlébite ou Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anévrisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Artérite (crampes dans les mollets lors de la marche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres		

Pathologies pulmonaires

	Oui	Non
• Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, hospitalisation pour crise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, machine la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bronchite chronique / BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres		

Pathologies neurologiques

	Oui	Non
• Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Myopathie ou Myasthénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trouble psychiatrique / Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres		

Pathologies digestives

	Oui	Non
• Ulcère (estomac ou duodénum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tolérez-vous les anti-inflammatoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Reflux gastro-œsophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hépatite (virale, médicamenteuse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres		

Pathologies hématologiques

	Oui	Non
• Avez-vous déjà été transfusé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hématomes fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Saignements prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Maladie de Willebrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Drépanocytose / Thalassémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres		

Autres pathologies

	Oui	Non
• Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, dernier taux d'HbA1c%	
• Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, dernier DFG (mL/min)	
• Hypertrophie de prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres non listées		

Mieux vous connaître

Vos dents

	Oui	Non
• Portez-vous un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous des dents qui bougent ou en mauvais état ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous porteur ?

	Oui	Non
• Lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Piercings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Matériel orthopédique (clou, vis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stents (coronaires ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prothèse valvulaire cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pacemaker ou Défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chambre implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans votre famille

	Oui	Non
• Phlébites multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Décès d'origine cardiaque avant 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Décès lors d'une anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergie médicamenteuse grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habitudes de vie

	Oui	Non
• Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes par jour ?	
Si arrêt du tabac, depuis quand ?	
• Alcool (plus de 2 verres par jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Somnifères ou Anxiolytiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal des transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soins à l'étranger (les 12 derniers mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les femmes

	Oui	Non
• Avez-vous des enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien ?	
• Combien avez-vous eu de grossesses ?	
• Êtes-vous possiblement enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous une contraception ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et reconnais avoir pris connaissance de la fiche d'information sur l'anesthésie.

Date et signature :