

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Document à rapporter complété et signé pour la consultation avec l'anesthésiste.
(En cas de difficultés, vous pouvez vous faire aider par votre famille ou votre médecin traitant)

**MERCI D'APPORTER VOS DERNIÈRES ORDONNANCES, VOTRE CARTE DE GROUPE,
VOS EXAMENS SANGUINS, VOS COMPTE RENDUS DE CONSULTATIONS**

Nom : Prénom :
Né(e) le : Poids : Taille :

CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE / LOCORÉGIONALE / LOCALE

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? Oui Non
Si oui, lesquels? (allergie, nausées ou vomissements, saignements ...)

PROBLÈMES ALLERGIQUES

Êtes-vous allergique à un produit d'anesthésie, au latex, à un antibiotique ou autre médicament, à un aliment ? Oui Non
Êtes-vous allergique à un produit de contraste de radiologie ? Oui Non
Avez-vous eu des réactions cutanées de type urticaire ou œdème de Quincke ? Oui Non

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEaux

Avez-vous déjà consulté ou été hospitalisé pour 1 problème cardiaque ? Oui Non
Si oui, rapportez vos compte rendus et résultats d'examens
Avez-vous des douleurs dans la poitrine, des stents coronaires ou pontage coronarien ? Oui Non
Avez-vous une valve cardiaque artificielle? Oui Non
Avez-vous un pace maker (pile), un rythme cardiaque irrégulier? Oui Non
Êtes-vous suivi pour une hypertension, une insuffisance cardiaque ? Oui Non
Avez-vous fait des phlébites, ou de l'artérite ? Oui Non

MALADIES RESPIRATOIRES

Êtes-vous suivi par un pneumologue ? Oui Non
Si oui, rapportez vos compte rendus et résultats d'examens
Toussez-vous ou crachez-vous au moins trois mois par an? Oui Non
Êtes-vous essoufflé(e) au repos, avez-vous eu de l'asthme ou une embolie pulmonaire ? Oui Non
Faites-vous des apnées du sommeil, avez-vous une machine la nuit ou de l'oxygène à domicile? Oui Non
Avez-vous eu de la Bronchite Chronique, de l'emphysème, un pneumothorax ou une pleurésie ? Oui Non

MALADIES RÉNALES et DIGESTIVES

Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate), une insuffisance rénale? Oui Non
Avez-vous eu un ulcère gastro-duodénal, ou une hernie hiatale ? Oui Non
Avez-vous eu une hépatite (virale, médicamenteuse ...)? Oui Non

MALADIES HÉMATOLOGIQUES

- Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement? (Hémophilie, maladie de Willebrand ...) Oui Non
- Avez-vous des règles abondantes, des saignements importants du nez ou après des soins dentaires ? Oui Non
- Avez-vous des ecchymoses fréquentes ? Oui Non
- Avez-vous une anémie ? Oui Non
- Avez-vous eu une transfusion sanguine ? Oui Non

MALADIES NEUROLOGIQUES

- Avez-vous déjà perdu connaissance, eu une épilepsie (ou convulsions)? Oui Non
- Avez-vous été traité(e) pour un syndrome dépressif? Oui Non
- Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral? Oui Non

MALADIES HORMONALES ET MÉTABOLIQUES

- Êtes-vous diabétique ? Si oui, depuis quand ? Oui Non
- Avez-vous du cholestérol ? Oui Non
- Avez-vous une maladie de la thyroïde ? Oui Non

DIVERS

- Avez-vous perdu du poids (hors régime) ces trois derniers mois? Oui Non
- Combien de Kg ?
- Êtes-vous malade en voiture / bateau? Oui Non
- Portez-vous des lentilles de contacts ? Oui Non
- Avez-vous été traité pour un glaucome ? Oui Non
- Avez-vous des appareils auditifs ? Oui Non
- Êtes-vous susceptible d'être enceinte ? Oui Non
- Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour ? Oui Non
- Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? Oui Non

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

- Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie? Oui Non
- Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? Oui Non
- Avez-vous des implants, bridges ou pivots ? Oui Non
- Certaines de ces prothèses fixes se descellent-elles souvent ? Oui Non
- Etes-vous en cours de traitement chez un dentiste ? Oui Non
- Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ? Oui Non
- (Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture, ...). Oui Non
- Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ? Oui Non

Vous êtes informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre chirurgien dentiste afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.

**LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION D'ANESTHÉSIE
PENSEZ À RAMENER CE DOCUMENT COMPLÉTÉ
AINSI QUE VOS ORDONNANCES.**

Date :/...../.....

Signature du patient :