



QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître et à faciliter notre consultation.

IDENTIFICATION

NOM : PRENOM : AGE :

Taille : Poids :

Votre intervention : Votre chirurgien :

ANTECEDENTS ANESTHESIQUES

Avez-vous déjà été opéré ? OUI NON

Si oui, en quelle année :

Y a-t-il eu des problèmes d'anesthésie ? OUI NON

Y a-t-il eu des problèmes de chirurgie ? OUI NON

ANTECEDENTS MEDICAUX

CŒUR ET VAISSEAUX

Avez-vous eu ou avez-vous des problèmes cardiaques ? OUI NON

Avez-vous fait des phlébites ? OUI NON

Avez-vous fait une embolie pulmonaire ? OUI NON

POUMONS

Avez-vous été soigné pour une maladie pulmonaire ? OUI NON

Asthme Tuberculose Bronchite

Faites-vous de l'apnée du sommeil ? OUI NON

Si oui, êtes-vous appareillé ? OUI NON

NEUROLOGIQUES

Convulsions Migraine Vertiges Dépression

DIGESTIFS

Diarrhée Hépatite Brûlure estomac Hernie hiatale
Jaunisse Constipation Ulcère

APPAREIL MUSCULAIRE - SQUELETTE

Avez-vous des problèmes de dos ? OUI NON
Polyarthrite Ostéoporose

URINAIRES

Infections Colites néphrétiques Cystites
Difficultés pour uriner

SANG

Etes-vous hémophile ? OUI NON
Saignez-vous facilement ? OUI NON
Avez-vous été transfusé ? OUI NON

MALADIES METABOLIQUES

Cholestérol Diabète Goutte Thyroïde

ALLERGIES

Etes-vous allergique ? OUI NON
Si oui, à quels produits :

DIVERS

Fumez-vous ? OUI NON
Si oui, combien de paquets :

Boissons habituelles : Eau Vin Bière Apéritif
Appareil dentaire ? OUI NON
Nombre de grossesses : Incidents : OUI NON

MEDICAMENTS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vous remerciant de votre collaboration.