

Docteur Rémi GAGNOUD

Docteur Gilles PHAM-HUNG

Docteur Guillaume RUGGIU

Docteur Marc Alexandre THEISSEN

—  
Madame, Monsieur,

Vous allez subir une intervention chirurgicale sous Anesthésie.

Dans le but de mieux vous connaître et d'adapter au mieux la technique anesthésique à vos besoins, le Médecin Anesthésiste-Réanimateur vous demande de bien vouloir **remplir ce questionnaire confidentiel à votre domicile** concernant votre état de santé, de le signer afin de l'authentifier et de **le rapporter lors de la consultation de pré-anesthésie** ou lors de votre hospitalisation.

**Si vous en avez**, vous êtes prié(e) d'**apporter**, en vue de la consultation, **vos anciens examens** tels que **analyses de sang de moins de 6 mois, électrocardiogramme de moins de 3 mois et les ordonnances récentes de votre médecin.**

Pour obtenir un **rendez-vous de consultation**, vous devez téléphoner au **04 93 13 68 04** ou prendre rendez-vous sur **DOCTOLIB.fr** .

**AVANT LA CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE : complétez les rubriques suivantes :**

Nom :	Age :
Prénom :	Poids :                      Taille :
Profession :	Nom et adresse de votre médecin traitant :
Mutuelle :	
Traitements pris régulièrement (noms et doses) :	Interventions chirurgicales antérieures :

**NOM :**

**PRENOM :**

(Entourer la bonne réponse)

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1 – Vous a-t-on signalé un problème lors d'une anesthésie locale ou générale ?                                | Oui | Non |
| 2 – Avez-vous été nauséeux(se) après une anesthésie générale ?  | Oui | Non |
| 3 – Avez-vous déjà eu le rhume des foins, de l'urticaire, de l'eczéma, un oedème de Quincke?                  | Oui | Non |
| 4 _ Etes-vous allergique à certains produits, aliments ? Lesquels :   | Oui | Non |
| Médicaments ? Lesquels :  | Oui | Non |
| 5 – Avez-vous tendance à saigner facilement ou longtemps ?  | Oui | Non |
| Ou y a-t-il des hémophiles dans votre famille ?   | Oui | Non |
| 6 – Êtes-vous diabétique ?  | Oui | Non |
| 7 – Avez-vous une activité physique régulière ? Laquelle ?  | Oui | Non |
| 8 – Avez-vous un Pace Maker ?   | Oui | Non |
| 9 – Êtes-vous traité(e) pour une hypertension artérielle ?  | Oui | Non |
| 10 – Avez-vous fait un infarctus, une embolie pulmonaire, de l'angine de poitrine ?                           | Oui | Non |
| 11 – Avez-vous des varices ?  | Oui | Non |
| 12 – Vous a-t-on traité pour une phlébite ?   | Oui | Non |
| 13 – Fumez-vous?  | Oui | Non |
| 14 – Toussez-vous fréquemment ou tous les matins ?  | Oui | Non |
| 15 – Avez-vous de l'asthme ?  | Oui | Non |
| 16 – Avez-vous un Syndrome d'Apnées du Sommeil ?  | Oui | Non |
| 17 – Prenez-vous souvent du vin à table, des apéritifs ?  | Oui | Non |
| 18 – Souffrez-vous d'un ulcère à l'estomac, d'une hernie hiatale ?  | Oui | Non |
| 19 – Souffrez-vous d'un problème concernant les reins ?   | Oui | Non |
| 20 – Avez-vous des dents fragiles, mobiles, ou déchaussées ?  | Oui | Non |
| – Avez-vous des prothèses dentaires (implants, couronnes, pivots, bridges) ?                                  | Oui | Non |
| – Êtes-vous en cours de traitement chez votre dentiste ?  | Oui | Non |
| 21 – Votre ophtalmologiste vous soigne-t-il pour glaucome ?   | Oui | Non |
| 22 – Avez-vous eu une hépatite virale ?   | Oui | Non |
| 23 – Avez-vous déjà été transfusé(e) ?  | Oui | Non |
| 24 – Avez-vous eu récemment un de ces signes neurologiques :<br>vertiges, douleurs inexplicables, épilepsie ? | Oui | Non |
| 25 – Etes-vous porteur d'une BHRé (bactérie hautement résistante émergente)                                   | Oui | Non |
| 26 – Avez-vous d'autres maladies non mentionnées dans le questionnaire ci-dessus ?                            |     |     |

**SIGNATURE :**