

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE

Secteur d'Anesthésie-Réanimation

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 _ Êtes-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 :
vertiges, douleurs inexplicables, épilepsie ? | Oui | Non |
| 25 – Êtes-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 :