

Questionnaire Pré-Anesthésique (à remplir recto- verso et à amener le jour de la consultation)

Nom	Prénom :	Date de naissance :
Poids :	Taille :	Nombre d'enfant(s) :
Adresse :	Adresse mail :	Profession :
Téléphone :	Nom et prénom du médecin traitant :	

→ CITEZ VOS INTERVENTIONS CHIRURGICALES SOUS ANESTHESIE GENERALE/LOCOREGIONALE/LOCALE

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Avez-vous des difficultés à monter deux étages ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous des douleurs dans la poitrine ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier, arythmie ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous un pontage coronarien ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une valve cardiaque artificielle ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous un pace maker (pile) ou défibrillateur ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous des stents coronaires ?	Oui ☐ Non ☐
Etes-vous suivi pour une hypertension artérielle ?	Oui ☐ Non ☐
Etes-vous suivi pour un souffle au cœur ?	Oui ☐ Non ☐
Etes-vous suivi pour un infarctus du myocarde ?	Oui ☐ Non ☐
Etes-vous suivi pour une insuffisance cardiaque ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous fait des phlébites ?	Oui ☐ Non ☐

MALADIES RESPIRATOIRES

Etes-vous essoufflé au repos ?	Oui ☐ Non ☐
Faites-vous des apnées du sommeil ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une machine la nuit ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous de l'oxygène à domicile ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été soigné pour un asthme ?	Oui ☐ Non ☐
Etes-vous soigné pour une bronchite chronique ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été traité pour une embolie pulmonaire ?	Oui ☐ Non ☐

MALADIES RENALES

Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate) ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été soigné pour une maladie rénale ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été soigné pour une infection urinaire ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été soigné pour insuffisance rénale ?	Oui ☐ Non ☐

MALADIES DIGESTIVES

Avez-vous été traité pour une hernie hiatale, reflux ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été traité pour un ulcère ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous eu une hépatite virale ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une cirrhose ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une autre maladie intestinale ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été opéré pour un anneau gastrique ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été opéré pour une sleeve, by-pass ?	Oui ☐ Non ☐

MALADIES HEMATOLOGIQUES

Avez-vous déjà eu un problème de saignement ?	Oui ☐ Non ☐
Faites-vous des hématomes sans vous cogner ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une hémophilie, un Willebrandt ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une anémie ?	Oui ☐ Non ☐

MALADIES NEUROLOGIQUES

Avez-vous déjà perdu connaissance ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été traité pour un syndrome dépressif ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été traité pour une épilepsie ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ?	Oui ☐ Non ☐
Êtes-vous traité pour une maladie de Parkinson ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous été traité pour une sciatique ?	Oui ☐ Non ☐

MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

Etes-vous Diabétique ? Si oui, depuis Quand ?.....	Oui ☐ Non ☐
Etes-vous traité par de l'insuline (injections) ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous des complications liées au diabète ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous du Cholestérol ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une maladie de la thyroïde ?	Oui ☐ Non ☐

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Etes-vous susceptible d'être enceinte ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu des grossesses ? Oui ☐ Non ☐

MALADIES HEREDITAIRES (dans la famille)

ATCD d'Hyperthermie maligne dans votre famille ? Oui ☐ Non ☐

Décès lors d'une anesthésie dans votre famille ? Oui ☐ Non ☐

Décès d'origine cardiaque avant 50 ans ? Oui ☐ Non ☐

Risque de phlébite ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous d'autres remarques à ajouter sur votre état de santé ?
..... Oui ☐ Non ☐

TABAC

Fumez-vous ? Oui ☐ Non ☐

Combien de cigarettes par jour ?
Depuis combien d'année ?

Consommez-vous du Cannabis ? Oui ☐ Non ☐

Consommez-vous de l'Héroïne ou autres toxiques ? Oui ☐ Non ☐

ETAT BUCCO-DENTAIRE

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles ?
Lesquelles ? 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 descendent-elles souvent ?
Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ? Oui ☐ Non ☐

PROBLEMES ALLERGIQUES

Avez-vous déjà présenté des allergies ? Oui ☐ Non ☐

Si oui avec quel médicament, quel aliment, quel produit, citez :

DIVERS

Avez-vous eu des transfusions sanguines ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous perdu du poids ces 3 derniers mois ? Oui ☐ Non ☐

Combien de Kg ?

Avez-vous présenté récemment un état infectieux général, dentaire, urinaire ou autre ? Oui ☐ Non ☐

Portez-vous des lentilles de contacts ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous été traité pour un glaucome ? Oui ☐ Non ☐

ALCOOL

Nombre de litres de vin par jour : 0L ☐
1/4L ☐ 1/2L ☐ 1L ☐ 2L ☐ + de 2L ☐

Nombre d'apéritifs par semaine :
0 ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐

Etes-vous en cours de traitement ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu un travail dentaire récent (<1 an) ? Oui ☐ Non ☐

De quel type ?

Sur quelles dents ?

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.

QUEL EST VOTRE TRAITEMENT ACTUEL ? (vous devez impérativement apporter votre ordonnance)

Apportez votre ordonnance : Oui ☐ Non ☐	Nombre de comprimés			
Nom du médicament :	Dosage	Matin	Midi	Soir

Certains médicaments pourront être temporairement modifiés ou arrêtés pour votre intervention.

Merci d'apporter votre dernier compte-rendu cardiologique lors de votre consultation.