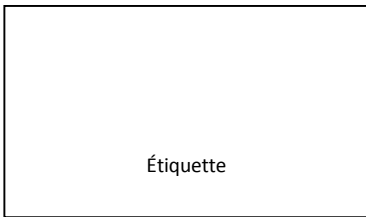


PÔLE D'ACTIVITÉ CLINIQUE CHIRURGICAL  
Unité médicale d'anesthésie

Questionnaire médical d'anesthésie

POUR VOTRE SECURITE

Questionnaire à compléter et rapporter le jour de la consultation d'anesthésie



Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Taille : ..... Poids : .....

Profession : .....

Ce questionnaire est destiné à préparer la consultation d'anesthésie. Le médecin anesthésiste que vous rencontrerez bientôt détaillera avec vous certaines questions, vous examinera et vous renseignera sur l'anesthésie proprement dite et les moyens de calmer les douleurs post-opératoires. Faites-vous éventuellement aider par votre médecin traitant pour répondre à ce questionnaire.

**N'oubliez pas d'apporter ce questionnaire à la consultation d'anesthésie.**

**Munissez-vous aussi :**

- de vos dernières ordonnances,
- de votre carte de groupe sanguin
- de vos derniers examens biologiques s'ils datent de moins d'un an
- des courriers de médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue, neurologue).

**I. Vos interventions chirurgicales et anesthésies précédentes**

Si vous avez été opéré(e), précisez la date, le type d'intervention et le type d'anesthésie (anesthésie générale, péridurale, locale)

Date:

Type d' intervention :

Type d 'anesthésie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vous a-t-on signalé des incidents ou des accidents d'anesthésie ? Si oui, lesquels ?

## II. MODE DE VIE - AUTRES

- Etes-vous fumeur ?  OUI Combien/jour :  NON
- Consommez-vous de l'alcool ?  Jamais  Peu  Régulièrement  De façon importante
- Consommez-vous des drogues ?  OUI  NON
- Quels médicaments prenez-vous actuellement ? (comprimés, injections, collyres, inhalations ...)

| Nom   | Posologie |
|-------|-----------|
| ..... | .....     |
| ..... | .....     |
| ..... | .....     |
| ..... | .....     |
| ..... | .....     |
| ..... | .....     |
| ..... | .....     |
| ..... | .....     |

## III. SOUFFREZ-VOUS D'UNE OU PLUSIEURS MALADIES SUIVANTES ?

Si vous répondez "oui" à une question, merci de donner des précisions.

| ALLERGIE                                                                                           | Oui | Non | Ne sais pas | Précisions |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------------|------------|
| Êtes-vous allergique à un médicament ou à un aliment ? (plaques rouges, gonflements, urticaire...) |     |     |             |            |
| Lesquels .....                                                                                     |     |     |             |            |
| Avez-vous le rhume des foins (conjonctivite, allergie)                                             |     |     |             |            |
| Avez-vous fait un urticaire ou un œdème ?                                                          |     |     |             |            |
| Êtes-vous intolérant à un médicament (malaise, vomissement, diarrhée, ulcère) ?                    |     |     |             |            |
| Avez-vous de l'eczéma ?                                                                            |     |     |             |            |

| CŒUR ET CIRCULATION                                              | Oui | Non | Ne sais pas | Précisions |
|------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------------|------------|
| Quelle est votre tension artérielle habituelle ? .....           |     |     |             |            |
| Êtes-vous soigné(e) pour le cœur ?                               |     |     |             |            |
| Avez-vous du cholestérol ?                                       |     |     |             |            |
| Avez-vous fait des pertes de connaissance ?                      |     |     |             |            |
| Êtes-vous anormalement essoufflé(e) après avoir monté un étage ? |     |     |             |            |
| Êtes-vous traité(e) pour l'hypertension artérielle ?             |     |     |             |            |

| <b>CŒUR ET CIRCULATION (suite)</b>                                                                    | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|--------------------|-----------------------|
| Êtes-vous porteur d'un souffle au cœur ?                                                              |            |            |                    |                       |
| Avez-vous des douleurs dans la poitrine lors d'un effort ?                                            |            |            |                    |                       |
| Avez-vous des palpitations ?                                                                          |            |            |                    |                       |
| Avez-vous fait un infarctus ?                                                                         |            |            |                    |                       |
| Avez-vous des varices ?                                                                               |            |            |                    |                       |
| Avez-vous fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ?                                               |            |            |                    |                       |
| Avez-vous des douleurs dans les jambes à la marche ?                                                  |            |            |                    |                       |
| <b>POUMONS</b>                                                                                        | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>     |
| Avez-vous été soigné(e) pour les poumons                                                              |            |            |                    |                       |
| Avez-vous de l'asthme ou des bronchites asthmatiformes ?                                              |            |            |                    |                       |
| Avez-vous été hospitalisé(e) lors d'une crise d'asthme ?                                              |            |            |                    | Date dernière crise : |
| Avez-vous de la bronchite chronique ?                                                                 |            |            |                    |                       |
| Toussez-vous et crachez-vous fréquemment ?                                                            |            |            |                    |                       |
| Avez-vous déjà eu la tuberculose ?                                                                    |            |            |                    |                       |
| Ronflez-vous ou faites-vous de l'apnée du sommeil ?                                                   |            |            |                    |                       |
| <b>SYSTÈME NEUROLOGIQUE</b>                                                                           | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>     |
| Avez-vous des migraines ?                                                                             |            |            |                    |                       |
| Avez-vous des convulsions ?                                                                           |            |            |                    |                       |
| Avez-vous fait une méningite ?                                                                        |            |            |                    |                       |
| Avez-vous fait une dépression nerveuse ?                                                              |            |            |                    |                       |
| Avez-vous des vertiges ?                                                                              |            |            |                    |                       |
| Avez-vous fait une paralysie (AVC accident vasculaire cérébral)                                       |            |            |                    |                       |
| - Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale (sciatique, hernie discale, malformation, fracture) ? |            |            |                    |                       |
| <b>ENDOCRINOLOGIE</b>                                                                                 | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>     |
| Avez-vous du diabète ?                                                                                |            |            |                    |                       |
| Si oui avez-vous des complications du diabète ?                                                       |            |            |                    |                       |

| <b>APPAREIL DIGESTIF, FOIE</b>                                                                                                       | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|--------------------|----------------------------|
| Avez-vous présenté un ulcère de l'estomac ou du duodénum ?                                                                           |            |            |                    |                            |
| Avez-vous une hernie hiatale ou un reflux gastro-oesophagien ?                                                                       |            |            |                    |                            |
| Avez-vous fait une hépatite virale ou une jaunisse ?                                                                                 |            |            |                    |                            |
| <b>APPAREIL URINAIRE</b>                                                                                                             | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>          |
| Avez-vous fait des infections urinaires                                                                                              |            |            |                    |                            |
| Avez-vous fait des coliques néphrétiques                                                                                             |            |            |                    |                            |
| Avez-vous fait de l'insuffisance rénale ?                                                                                            |            |            |                    |                            |
| Avez-vous des difficultés à uriner ?                                                                                                 |            |            |                    |                            |
| Vous levez vous la nuit pour uriner ?                                                                                                |            |            |                    | Combien de fois ?          |
| <b>SANG</b>                                                                                                                          | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>          |
| Avez-vous une carte de groupe sanguin ?                                                                                              |            |            |                    |                            |
| Avez-vous déjà été transfusé ?                                                                                                       |            |            |                    | Si oui, quand ? Pourquoi ? |
| Avez-vous facilement des "bleus" (hématomes) ?                                                                                       |            |            |                    |                            |
| Saignez-vous longtemps après une petite coupure ?                                                                                    |            |            |                    |                            |
| Saignez-vous souvent du nez ?                                                                                                        |            |            |                    |                            |
| Prenez-vous des anticoagulants ou de l'aspirine                                                                                      |            |            |                    |                            |
| <b>DENTS</b>                                                                                                                         | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>          |
| Avez-vous un appareil dentaire ?<br><input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Amovible <input type="checkbox"/> Implant |            |            |                    |                            |
| Avez-vous des dents fragiles ?                                                                                                       |            |            |                    |                            |
| <b>POUR LES FEMMES</b>                                                                                                               | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Ne sais pas</b> | <b>Précisions</b>          |
| Y-a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte                                                                                     |            |            |                    |                            |
| Dans votre famille (père-mère-frère-sœur-oncle-tante-cousin) avez-vous entendu parler de myopathie, myasthénie, porphyrie ?          |            |            |                    |                            |
| Dans votre famille (père-mère-frère-sœur-oncle-tante-cousin) avez-vous entendu parler d'accident d'anesthésie ?                      |            |            |                    |                            |