

Questionnaire médical

à remettre à la consultation d'anesthésie

Étiquette patient
ou nom prénom
date de naissance

Veuillez apporter à la consultation :

- votre **carte de groupe sanguin**
- vos **comptes rendus d'examens** chez le cardiologue, le pneumologue ou autre
- vos derniers résultats de **prise de sang**
- vos **ordonnances de tous vos traitements**

Formulaire rempli le :/...../.....

Profession : Âge : Poids : kg Taille : cm

Êtes-vous allergique ? Oui Non

Si oui, à quoi ?

Quel type de réaction ? Œdème de Quincke Eczéma Démangeaison Plaques rouges Asthme

Avez-vous déjà été opéré(e) ? Oui Non

Si oui, de quoi et sous quel type d'anesthésie ?

..... /
..... /
..... /

Y a-t-il eu des problèmes liés à l'anesthésie ? Si oui de quel type ? (nausées, vomissements, douleur...)

Dans votre famille y a-t-il eu des accidents liés à l'anesthésie ? Oui Non

Pour les femmes, avez-vous eu des antécédents obstétricaux ? Oui Non

Avez-vous des problèmes ou un suivi cardiaque ? Oui Non

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tension élevée | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Douleurs dans la poitrine |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Malaises/ pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Infarctus du cœur |
| <input type="checkbox"/> Varices | <input type="checkbox"/> Palpitations/ rythme cardiaque irrégulier | <input type="checkbox"/> Pontage des artères du cœur |
| <input type="checkbox"/> Phlébite | <input type="checkbox"/> Pacemaker (pile) | <input type="checkbox"/> Stent artères du cœur |
| <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Artérite | <input type="checkbox"/> Pontage/stent artères de jambe |

Suivi par un cardiologue : Dr.....

(Apporter comptes rendus d'examens, échographie, épreuve d'effort)

Avez-vous des problèmes ou un suivi pneumologique ? Oui Non

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Tabac : combien fumez-vous de cigarettes par jour ? |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire : si oui, avez-vous besoin d'oxygène ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Pneumopathie | <input type="checkbox"/> Apnées du sommeil : si oui, portez-vous un appareil la nuit ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Avez-vous des problèmes ou un suivi médical ? Oui Non

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Grossesse en cours | <input type="checkbox"/> Ulcère gastrique | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Jaunisse/hépatite virale | <input type="checkbox"/> Surdité - Appareil auditif |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Consommation régulière d'alcool | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes urinaires/rénaux | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Convulsions | |
| <input type="checkbox"/> Remontées acides/hernie hiatale | <input type="checkbox"/> Parkinson | |

(suite au verso)



à compléter 

Évaluation des risques de saignement, êtes-vous sujet :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Saignement de nez | <input type="checkbox"/> Saignement après soin dentaire ou chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Saignement de gencives | <input type="checkbox"/> Hémophilie ou thrombophilie dans la famille |
| <input type="checkbox"/> Bleus faciles | <input type="checkbox"/> Saignement lors d'un accouchement |
| <input type="checkbox"/> Règles abondantes | <input type="checkbox"/> Antécédents de transfusions |

Prenez-vous des médicaments qui modifient la coagulation du sang ? (Aspirine, Aspégic, Plavix, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) si oui, lequel ?

Évaluation des risques dentaire, êtes-vous sujet :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Dents fragiles ou qui bougent |
| <input type="checkbox"/> Appareil dentaire amovible <input type="checkbox"/> Prothèse complète <input type="checkbox"/> Prothèse partielle |
| <input type="checkbox"/> Bridge, pivot, implant - localisation : |

Autres éléments importants à prendre en compte :

Traitements médicamenteux

merci d'amener vos ordonnances, ou à défaut de remplir le tableau suivant :

Nom des médicaments	Dosage	Matin	Midi	Soir	Coucher

Lors de votre passage au bloc, seriez-vous intéressé par une prise en charge en hypnose médicale ?
(dans la limite des possibilités organisationnelles)

- Oui Non