



à compléter



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 cardiologique ? ☐ Oui ☐ Non

- ☐ Tension élevée
- ☐ Cholestérol
- ☐ Varices
- ☐ Phlébite
- ☐ Embolie pulmonaire

- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Malaises/ pertes de connaissance
- ☐ Palpitations/ rythme cardiaque irrégulier
- ☐ Pacemaker (pile)
- ☐ Artérite

- ☐ Douleurs dans la poitrine
- ☐ Infarctus du cœur
- ☐ Pontage des artères du cœur
- ☐ Stent artères du cœur
- ☐ 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

- ☐ Asthme
- ☐ Bronchite
- ☐ Pneumopathie

- ☐ Tabac : combien fumez-vous de cigarettes par jour ?
- ☐ Insuffisance respiratoire : si oui, avez-vous besoin d'oxygène ? ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Apnées du sommeil : si oui, portez-vous un appareil la nuit ? ☐ Oui ☐ Non

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

- ☐ Grossesse en cours
- ☐ Thyroïde
- ☐ Diabète
- ☐ Problèmes urinaires/rénaux
- ☐ Glaucome
- ☐ Remontées acides/hernie hiatale

- ☐ Ulcère gastrique
- ☐ Jaunisse/hépatite virale
- ☐ Consommation régulière d'alcool
- ☐ Accident vasculaire cérébral
- ☐ Convulsions
- ☐ Parkinson

- ☐ Dépression
- ☐ Surdité - Appareil auditif

(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 :

- ☐ Dents fragiles ou qui bougent
- ☐ Appareil dentaire amovible ☐ Prothèse complète ☐ Prothèse partielle
- ☐ Bridge, pivot, implant - localisation :

Autres éléments importants à prendre en compte :

.....

.....

.....

Traitement 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