

QUESTIONNAIRE MEDICAL AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

MERCI ➤ **DE LE REMPLIR AVEC SOIN AVANT LA CONSULTATION**
 ➤ **D'APPORTER LES DOCUMENTS MEDICAUX EN VOTRE POSSESSION**
 (ordonnances / examens cardiaques / prises de sang etc ...)

Nom : Prénom : Poids :
N° téléphone : Age : Taille :
Intervention prévue : Sexe :
Nom du Chirurgien : Date de l'intervention :

➤ **Avez vous déjà eu une anesthésie générale ou une intervention chirurgicale ?** oui non ne sait pas

Si oui : Quelle(s) opération(s) et quand ?

➤ **Avez vous reçu une transfusion sanguine ?** oui non ne sait pas

➤ **Vous a-t-on signalé un problème lors d'une anesthésie ?** oui non ne sait pas

Dans votre famille y a-t-il eu un problème d'anesthésie ou un problème médical particulier ? oui non ne sait pas

Si oui : précisez

➤ **Prenez vous régulièrement des médicaments ?** oui non ne sait pas

Si oui : Quels médicaments ? (liste ou ordonnances à fournir)

➤ **Etes vous allergique à un médicament ?** oui non ne sait pas

Si oui : Quel médicament ?

Quelle réaction ?

Avez vous déjà fait un œdème de Quincke ? oui non ne sait pas

Avez vous d'autres manifestations allergiques ? oui non ne sait pas

eczema / urticaire / rhume des foins / autre ?

Si oui : précisez

➤ **Fumez vous ?** oui non ne sait pas

Si oui : combien et depuis combien de temps ?

Quelle est votre consommation journalière d'alcool ?

➤ **Avez vous (déjà eu) une maladie cardiaque ?** oui non ne sait pas

Si oui : précisez

Avez vous (déjà eu) des douleurs dans la poitrine ? oui non ne sait pas

Avez vous un essoufflement lors d'un effort ? oui non ne sait pas

Combien d'étages pouvez vous monter sans vous arrêter ?

Avez vous (déjà eu) un souffle au cœur ? oui non ne sait pas

Avez vous (déjà eu) de l'hypertension artérielle ? oui non ne sait pas

Avez vous (déjà eu) de l'angine de poitrine (angor) ? oui non ne sait pas

Avez vous (déjà eu) un infarctus ? oui non ne sait pas

Avez vous des varices ? oui non ne sait pas

Avez vous (déjà eu) une phlébite ? oui non ne sait pas

Avez vous (déjà eu) une embolie pulmonaire ? oui non ne sait pas

Avez vous (déjà eu) des syncopes ? oui non ne sait pas

<p>► Avez vous (déjà eu) un problème respiratoire ?</p> <p><i>Si oui : précisez</i></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>Avez vous (déjà eu) de l'asthme ?</p> <p><i>Si oui : fréquence des crises ?</i></p> <p>Avez vous une bronchite chronique ou de l'emphysème ?</p> <p>Avez vous (déjà eu) une tuberculose ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Avez vous (déjà eu) une maladie digestive ?</p> <p>Ulcère à l'estomac / Hernie hiatale / Autre ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Avez vous (déjà eu) une hépatite virale (jaunisse)</p> <p><i>Si oui : en connaissez vous le type ? (A, B, ou C ?)</i></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas Type : <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Avez vous (déjà eu) une maladie urinaire ou rénale ?</p> <p>Infection urinaire / Coliques néphrétiques / Insuffisance rénale / Autre ?</p> <p><i>Si oui : précisez</i></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Avez vous (eu) une maladie rhumatologique ?</p> <p><i>Si oui : précisez</i></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>Avez vous des problèmes de colonne vertébrale ?</p> <p>Sciaticque / Lumbago / Fractures ou tassements de vertèbres</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Avez vous (eu) une maladie neurologique ou neuromusculaire ?</p> <p><i>Si oui : précisez</i></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>Avez vous (eu) des crises d'épilepsie ?</p> <p><i>Si oui : date de la dernière crise ?</i></p> <p>Avez vous déjà fait un accident vasculaire cérébral (« attaque ») ?</p> <p>Avez vous (eu) des crises de migraine ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>Avez vous reçu de l'hormone de croissance extractive, des gonadotrophines extractives ou de la glucocérebrosidase extractive ?</p> <p>Un membre de votre famille est-il décédé de maladie de Creutzfeld Jakob confirmée ou fortement suspectée ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Avez vous des problèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> > de diabète ? > de cholestérol ou de triglycérides ? > de thyroïde ? <p><i>Si oui : précisez</i></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Avez vous un glaucome ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Avez vous saigné longtemps après une extraction dentaire ou une intervention chirurgicale ?</p> <p>Avez vous déjà été hospitalisé pour un saignement ?</p> <p>Avez vous déjà été opéré pour un hématome ?</p> <p>Dans votre famille y a-t-il une anomalie de la coagulation entraînant un saignement (ex : Hémophilie, Willebrand...) ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Concernant les problèmes dentaires :</p> <p>Portez vous un (des) appareil(s) dentaire(s) ?</p> <p>Avez vous des dents qui bougent ou sont susceptibles de tomber ?</p> <p>Avez vous des bridges ou des dents sur pivots ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
<p>► Un problème concernant votre santé a-t-il été oublié par ce questionnaire ?</p> <p><i>Si oui : précisez</i></p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas

Nous vous remercions pour votre participation à une meilleure prise en charge médicale ...