

**QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LE PATIENT
POUR LA CONSULTATION D'ANESTHESIE**

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître, en vue de votre anesthésie et de votre intervention chirurgicale. Veuillez le rapporter rempli (si besoin avec l'aide de votre médecin) lors de votre consultation d'anesthésie ou de votre hospitalisation.

Ce questionnaire est confidentiel et sera joint à votre dossier médical.

Date où vous répondez à ce questionnaire :

NOM : PRENOM : AGE :

ADRESSE : TEL :

Nom de votre médecin traitant :

Nom du spécialiste que vous avez consulté :

POIDS : TAILLE :

PROFESSION (précédente et actuelle) :

GROUPE SANGUIN (apporter votre carte) :

Avez vous déjà été opéré ? OUI ☐ NON ☐

Type d'intervention : Date :

Type d'intervention : Date :

Type d'intervention : Date :

A votre connaissance, y-a-t-il eu des incidents au cours d'anesthésies antérieures ?

Chez vous ?

Chez des membres de votre famille ?

AVEZ VOUS FAIT DES PROBLEMES DE TYPE ALLERGIQUE ? Lesquels : Asthme, rhume des foins, rhinites répétées, Œdème de Quincke, eczéma, urticaire ?

Des médicaments, aliments ou autres substances ont-ils été mis en cause ? Lesquels ?

Y-a-t-il des « allergiques » dans votre famille ? OUI ☐ NON ☐

DONNEES MEDICALES

A) CARDIO-VASCULAIRE :

Avez-vous été soigné pour le cœur ? OUI ☐ NON ☐

Votre médecin vous a-t-il déjà parlé : de souffle au cœur (date) OUI ☐ NON ☐

d'infarctus (date) OUI ☐ NON ☐

d'angine de poitrine (date) OUI ☐ NON ☐

d'hypertension artérielle OUI ☐ NON ☐

d'insuffisance cardiaque OUI ☐ NON ☐

Citez le chiffre de votre tension artérielle :

Prenez-vous des remèdes pour la tension ou le cœur ? OUI ☐ NON ☐

(Pensez à amener votre ordonnance)

Avez vous des crampes dans les mollets quand vous marchez ? OUI ☐ NON ☐

Avez vous des varices ? OUI ☐ NON ☐

Avez vous déjà eu : PHLEBITE ? OUI ☐ NON ☐

PARA-PHLEBITE ? OUI ☐ NON ☐

EMBOLIE PULMONAIRE ? OUI ☐ NON ☐

Avez vous eu un PACE-MAKER ? TYPE ? (Apporter votre carte)

B) POUMONS

Avez vous été soigné pour les poumons ? OUI ☐ NON ☐

Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez de la bronchite ou de l'emphysème ? OUI ☐ NON ☐

Avez vous de l'asthme ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI nombre de crise(s)/AN :/ MOIS :/ SEMAINE :

Quel traitement ?

C) REINS

Avez vous déjà eu des ennuis rénaux ? OUI ☐ NON ☐

Avez vous eu de l'albumine ? OUI ☐ NON ☐

Vous a-t-on dit que vous aviez de l'urée ? OUI ☐ NON ☐

Avez-vous déjà présenté une infection urinaire ? OUI ☐ NON ☐

POUR LES HOMMES : Avez vous déjà eu des problèmes de prostate ? OUI ☐ NON ☐

D) NEUROLOGIE

Avez vous déjà perdu connaissance ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous souvent des maux de tête ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous déjà présenté une sciatique ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous souvent mal au dos ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous été traité pour DEPRESSION – EPILEPSIE ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous été traité en service de Neurochirurgie ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous un parent porteur ou mort de la maladie de Creutzfeld Jacob ? OUI ☐ NON ☐

E) DIGESTIF

Avez vous fait une jaunisse ? OUI ☐ NON ☐
Vous arrive-t-il de vomir souvent ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous déjà vomi du sang, ou eu du sang dans les selles ? OUI ☐ NON ☐
☐
Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez :
- la vésicule malade ? OUI ☐ NON ☐
- un ulcère gastro-duodénal ? OUI ☐ NON ☐
- une gastrite ? OUI ☐ NON ☐
- une hernie hiatale ? OUI ☐ NON ☐

F) ENDOCRINOLOGIE

Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez du sucre dans vos urines (diabète) ? OUI ☐ NON ☐
Si vous êtes diabétique, depuis quand ?
Quel est votre traitement ?
.....
Vous a-t-on déjà parlé d'ennuis du côté de la thyroïde ? OUI ☐ NON ☐

G) HEMATOLOGIE

Avez vous été transfusé lors d'interventions chirurgicales antérieures ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous parfois des bleus sans vous être cogné ? OUI ☐ NON ☐
Avez vous déjà noté que vous saigniez de façon anormalement longue ?
(coupure, brossage des dents) OUI ☐ NON ☐
Prenez-vous des médicaments pour rendre le sang plus fluide ? OUI ☐ NON ☐
Citer leur nom.
Avez vous déjà été transfusé ? (reçu du sang) OUI ☐ NON ☐

H) SOUFFREZ-VOUS DE GLAUCOME ? OUI ☐ NON ☐
ARTHROSE ? OUI ☐ NON ☐

I) AVEZ VOUS D'AUTRES PROBLEMES MEDICAUX A NOUS SIGNALER ?

.....
.....
.....

J) AVEZ VOUS ?

- un appareil dentaire fixe ou mobile OUI ☐ NON ☐
- Reçu de l'hormone de croissance OUI ☐ NON ☐
- des verres de contact OUI ☐ NON ☐
- une greffe de cornée OUI ☐ NON ☐
- une prothèse oculaire OUI ☐ NON ☐

K) PRENEZ-VOUS QUOTIDIENNEMENT DES MEDICAMENTS ? OUI ☐ NON ☐
Si OUI, amenez votre ordonnance

Veuillez rapporter vos derniers documents médicaux (ordonnances, électrocardiogrammes, radiographie pulmonaire, carte de groupe sanguin, examens de laboratoire). Une lettre de votre médecin traitant peut être utile dans le cas d'affection médicale importante.

DATE :

SIGNATURE DU PATIENT :