

QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR AVANT VOTRE CONSULTATION D'ANESTHESIE

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

**QUESTIONNAIRE A RAPPORTER IMPERATIVEMENT LE JOUR DE VOTRE
CONSULTATION D'ANESTHESIE, ACCOMPAGNE DES RESULTATS DE VOTRE PRISE DE
SANG, DE VOTRE CARTE DE GROUPE SANGUIN ET DE VOS ORDONNANCES SI VOUS
AVEZ UN TRAITEMENT**

Partie à remplir par le praticien demandeur

INDICATION/ACTE ENVISAGE:
.....
.....
Côté : POSITION OPERATOIRE : DD DV DLD DLG GP Autre
DATE D'ADMISSION : DATE D'INTERVENTION :
URGENCE OUI NON
AMBULATOIRE : OUI NON

A Villeurbanne, le : Docteur

Partie à remplir avant votre consultation d'anesthésie

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement bénéficier d'une intervention chirurgicale ou d'un examen nécessitant une prise en charge anesthésique à la Clinique du Tonkin.

Vous allez donc rencontrer l'un des médecins anesthésiste-réanimateurs de la Clinique du Tonkin lors de la consultation d'anesthésie.

Afin de nous aider à mieux vous connaître, nous vous remercions de répondre à ce questionnaire. Il est bien entendu strictement confidentiel et sera conservé avec votre dossier médical. Il n'est destiné qu'à améliorer la qualité et la sécurité de votre anesthésie.

Entourez la bonne réponse. Le cas échéant, cochez la bonne case.

Si vous entourez OUI, commentez éventuellement votre réponse brièvement.

Quelle est votre taille?

Quel est votre poids?

Avez-vous déjà eu une **anesthésie générale** ou **locorégionale** ?
Pour quelles opérations ou examens (date des opérations si possible)

OUI

NON

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

Un **incident** ou **accident** s'est-il produit au cours d'une anesthésie ? Précisez?

OUI

NON

.....

Un parent aurait-il présenté un problème grave au cours d'une anesthésie ? Précisez?

OUI

NON

.....

Prenez-vous habituellement des **médicaments** ?
Lesquels et combien ?

OUI

NON

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

Avez-vous des **antécédents d'allergie** ?

OUI

NON

Pénicilline

Aspirine

Autre médicament :

Latex

Iode

Sparadrap

Rhume des foins

Eczéma

Produits divers :

.....

Fumez-vous ?	OUI	NON
Combien par jour ?.....	Depuis combien de temps ?	
Avez-vous arrêté de fumer ?	OUI	NON
Depuis quand ?		
Quelle quantité fumiez-vous?	Pendant combien de temps ?	
Quantité de boissons alcoolisées par jour : ≤ 1 verre	1 à 3 verres	≥ 3 verres
.....		

Avez-vous été soigné pour des maladies cardiovasculaires ?	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Angine de poitrine <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Phlébite <input type="checkbox"/> Stents (ressorts) <input type="checkbox"/> Pace Maker <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque <input type="checkbox"/> Autre :		
.....		

Faites-vous régulièrement de l'exercice physique ?	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Activités simples (Ménage, courses) <input type="checkbox"/> Randonnée <input type="checkbox"/> Sport		

Etes-vous essoufflé après avoir monté 2 étages ?	OUI	NON
--	-----	-----

Avez-vous mal dans les mollets lorsque vous marchez ?	OUI	NON
---	-----	-----

Avez-vous été soigné pour des maladies pulmonaires ?	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchite chronique <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Autre :		

Avez-vous fréquemment des crachats ou une toux ?	OUI	NON
--	-----	-----

Avez-vous été soigné pour des maladies de l'appareil digestif ?	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Hépatite (ou jaunisse) <input type="checkbox"/> Maladie du foie <input type="checkbox"/> Maladie du colon <input type="checkbox"/> Ulcère, Gastrite, Hernie hiatale <input type="checkbox"/> Autre :		

Avez-vous été soigné pour des maladies Neurologiques?	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance <input type="checkbox"/> Mal de dos/Sciaticque <input type="checkbox"/> Autre :		

Etes-vous soigné pour des maladies de l'appareil urinaire ?	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Coliques néphrétiques
<input type="checkbox"/> Autre :		

Monsieur, combien de fois vous levez-vous la nuit pour uriner ?

Etes-vous soigné pour des maladies métaboliques ?	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Cholestérol	<input type="checkbox"/> Glande thyroïde	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Autre :		

Avez-vous une tendance anormale au saignement ?	OUI	NON
Avez-vous déjà été transfusé ?	OUI	NON
Avez-vous saigné de manière importante à la suite d'un acte chirurgical, d'un accouchement, de soins dentaires	OUI	NON

Divers

Avez-vous un glaucome ?	OUI	NON
Vous ou un membre de votre famille est-il atteint d'une des maladies rares suivantes : hyperthermie maligne, porphyrie, hémoglobinopathie, hémophilie, myopathie, myasthénie, maladie de Creutzfeld Jakob ?	OUI	NON
Avez-vous reçu un traitement par hormone de croissance ?	OUI	NON
Etes-vous à jour de vos vaccinations ?	OUI	NON
Avez-vous une prothèse dentaire?	OUI	NON
.....		
Avez-vous une dent qui bouge ?	OUI	NON
Avez-vous des verres de contact ?	OUI	NON
Madame, Mademoiselle,		
Etes-vous enceinte ?	OUI	NON
Avez-vous déjà accouché ?	OUI	NON
Avez-vous eu une anesthésie péridurale ?	OUI	NON
Prenez-vous la pilule ? Avez-vous un stérilet	OUI	NON

Pensez-vous avoir autre chose à nous signaler ?	OUI	NON
.....		
.....		
.....		

Date :

Signature :