

QUESTIONNAIRE A REMPLIR POUR PREPARER LA CONSULTATION D'ANESTHESIE
Et à amener pour cette consultation. Merci.

NOM, PRENOM : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ GENRE : F / M

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ AGE : _____ TAILLE : _____ POIDS : _____

PROFESSION : _____ LOISIRS : _____

MEDECIN TRAITANT : _____ DECLARE : OUI / NON

CHIRURGIEN, INTERVENTION PREVUE ET DATE : _____

> CITEZ TOUTES LES INTERVENTIONS OU ANESTHESIES DEJA REALISEES

(Précisez si possible le côté, les dates et la présence de matériel métallique) :

- EVALUATION DES RISQUES -

> POUR VOUS-MÊME OU DANS VOTRE FAMILLE, AVEZ-VOUS NOTION de problèmes lors d'une anesthésie (allergie, fièvre anormale, intubation difficile, nausée...) ou d'une myopathie ? **OUI NON**

Précision : _____

> QUELS MEDICAMENTS PRENEZ-VOUS REGULIEREMENT ACTUELLEMENT ?(Amenez l'ORDONNANCE)
(Merci de préciser leurs NOMS et les DOSES, y compris contraceptifs oraux et somnifères).

> SI VOUS PRENEZ UN MEDICAMENT FLUIDIFIANT LE SANG TELS QUE : ASPIRINE (ASPEGIC, KARDEGIC), PLAVIX, TICLID, XARELTO, PRADAXA, ELIQUIS, LIXIANA, PREVISCAN, COUMADINE, SINTRON, ... **INDIQUEZ OU DEMANDEZ A VOTRE MEDECIN GENERALISTE OU CARDIOLOGUE POUR QUELLE RAISON ?**

> AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DEJA EU...? :

❖ [Risque allergique] : des **ALLERGIES** connues ? : **OUI NON** (si Oui, à quoi ?)

à des Médicaments: _____

Autres : _____

au Latex/caoutchouc : OUI NON

❖ [Risque cardiaque] :

- un Infarctus, angine de poitrine, un stent, une arythmie, un pace-maker, une hypertension ? OUI NON
-Êtes-vous essoufflé au point de vous arrêter en montant un escalier de 2 étages ? OUI NON

❖ [Risque Respiratoire] :

- un Asthme, une bronchite chronique, un emphysème, une BPCO, des apnées du sommeil ? OUI NON

❖ [Risques liés au tabac] : Fumez-vous ? OUI NON Combien de cigarettes par jour ? _____

❖ [Risque vasculaire] : des phlébites ou embolies pulmonaires ? OUI NON

❖ [Risque hémorragique] :

- un saignement prolongé nécessitant de consulter un médecin ?..... OUI NON
-des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes sans choc ou traumatisme ? OUI NON
-une tendance à saigner anormalement ou de façon prolongée ? OUI NON
-un saignement nécessitant un traitement médical urgent ? OUI NON
-un saignement majeur après soins dentaires, chirurgie ou accouchement ? OUI NON
-Des membres de votre famille sont-ils suivis pour une maladie de la coagulation?..... OUI NON

❖ [Risque immuno-hématologique] : une transfusion sanguine et quand ? OUI NON Quand ? _____

❖ [Risque dentaire] : - des appareils dentaires ? OUI NON
- des dents qui bougent ? Des dents refaites ou réparées ?..... OUI NON

❖ [Risque pour les yeux] : - des lentilles de contact ? OUI NON

❖ [Risque gastrique] :

- Tolérez-vous les médicaments anti-inflammatoires ?... OUI - NON - avec protecteur gastrique
-Avez-vous du reflux gastrique fréquent ?..... OUI NON

❖ [Risque pour une grossesse en cours] : -Êtes-vous enceinte ou pourriez-vous l'être ?..... OUI NON

❖ [Risques urinaire et rénal] : des problèmes de prostate ? De reins ? OUI NON

❖ [Risque neurologique] : des pertes de mémoire anormales, un AVC, un AIT, des séquelles ? OUI NON

❖ [Risque métabolique] : un diabète ?une maladie endocrinienne ?..... OUI NON

❖ Pratiquez-vous de l'activité physique régulièrement ?..... OUI NON

Précisez : _____

>Avez-vous des REMARQUES à nous communiquer sur votre ETAT DE SANTE actuel ou passé ?

>Avez-vous des questions concernant l'anesthésie à nous poser pendant la consultation ?

