



QUESTIONNAIRE A REMPLIR AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

ETIQUETTE

RECOMMANDATIONS :

Des accidents graves sont possibles lorsque ces précautions n'ont pas été observées :

- Avoir votre carte de groupe sanguin, les examens sanguins et radiologiques
- Enlever les prothèses, bijoux et percings (appareil dentaire...)
- Arrêter de fumer 24 heures avant l'intervention
- Retirer les vêtements serrant pour l'intervention
- Arrêter les aliments et boissons (même l'eau, tabac) à partir de 0 heure
- Retirer le maquillage (fard, vernis à ongles)

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Poids :

Taille :

Type d'intervention :

Droite

Gauche

Date prévue :/...../.....

Chirurgien :

Le :/...../.....

Avez-vous déjà été endormi(e) ? Oui Non

Pour quel type d'anesthésie : Générale Locorégionale Locale

Pour quelles interventions ?

Un incident s'est-il produit au cours de ces anesthésies ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Faites-vous facilement des hématomes ? Oui Non

Saignez-vous longtemps après une coupure ? Oui Non

Avez-vous déjà été transfusé(e) ? Oui Non

Appareil respiratoire :

Avez-vous souvent des bronchites ? Oui Non

Fumez-vous ? si oui, combien de cigarettes par jour ? Oui Non

Faites-vous de l'asthme ? Oui Non

Appareil cardio-vasculaire

Montez-vous difficilement l'escalier ? Oui Non

Votre médecin vous soigne-t-il pour le cœur ? Oui Non

Dormez-vous avec plus de deux oreillers ? Oui Non

Souffrez-vous de varices ? Oui Non

Avez-vous fait des phlébites ? Oui Non

Avez-vous fait des embolies pulmonaires ? Oui Non

Souffrez-vous de baisses ou de hausses de tension ? Oui Non

Appareil neurologique

Etes-vous actuellement en traitement pour une maladie nerveuse (épilepsie, tétanie, spasmophilie, dépression....) ? Oui Non

