

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître afin que l'anesthésie et votre intervention se déroulent **dans les meilleures conditions de sécurité** : il devra donc être rempli avec **le plus d'attention possible**. Lors de la consultation pensez à vous munir de **vos examens sanguins récents, électrocardiogrammes, carte de groupe sanguin, ordonnances, carnet de santé pour les enfants**.

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : [][]/[][]/[][][][] Profession :

Adresse :

Téléphone : Médecin traitant :

Intervention prévue : Chirurgien :

Mode d'hospitalisation prévue : Hospitalisation Ambulatoire Parcours JO

Poids : Taille :

MODE DE VIE

Avez-vous une activité sportive ? Oui Non

Fumez-vous ou vapotez-vous ? Oui Non

Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? Oui Non

Consommez-vous d'autres substances toxiques ? Oui Non

TRAITEMENTS EN COURS

Prenez-vous actuellement des traitements ? Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

.....

.....

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous déjà subi des opérations ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

Avez-vous eu des problèmes lors d'une anesthésie ? Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

ANTÉCÉDENTS ALLERGIQUES

Avez-vous déjà fait des réactions allergiques à :

- des poussières, pollens, graminées, cyprès... Oui Non

- au latex ou à des aliments (banane, avocat, kiwi...) Oui Non

- des médicaments Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

- une injection de produits iodés lors d'un examen radiologique ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS CARDIO-VASCULAIRES

Connaissez-vous votre tension artérielle ? Oui Non

Si oui, donner le chiffre :

Êtes-vous soigné(e) pour la tension et/ou le cœur ? Oui Non

Avez-vous eu un infarctus ? Oui Non

Êtes-vous très essoufflé(e) après avoir monté 2 étages ? Oui Non

Avez-vous des anomalies du rythme cardiaque ? Oui Non

Avez-vous un pacemaker ou défibrillateur ? Oui Non

Si oui, apporter le carnet de suivi

Avez-vous des douleurs dans les jambes en marchant ? Oui Non

Avez-vous consulté un cardiologue récemment ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS PULMONAIRES

Êtes-vous ou avez-vous été soigné pour les poumons ? Oui Non

Êtes-vous ou avez-vous été asthmatique ? Oui Non

Avez-vous souvent des bronchites ? Oui Non

Êtes-vous porteur d'un syndrome d'apnée du sommeil ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS NEUROLOGIQUES

- Êtes-vous épileptique ou avez-vous fait des convulsions dans le passé ? Oui Non
- Avez-vous fait des malaises inexplicables ? Oui Non
- Avez-vous fait des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ? Oui Non
- Avez-vous des migraines fréquentes ? Oui Non
- Avez-vous des problèmes de moelle épinière ? Oui Non
- Avez-vous un problème de colonne vertébrale (scoliose, sciatique, fracture ou tassement vertébral) ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS MÉTABOLIQUES ET ENDOCRINIENS

- Êtes-vous diabétique ? Oui Non
- Avez-vous une insuffisance rénale ou maladie rénale ? Oui Non
- Avez-vous un problème au niveau de la thyroïde ? Oui Non
- Avez-vous une myasthénie, une myopathie, une porphyrie ? Oui Non
- Monsieur, avez-vous des problèmes de prostate ? Oui Non
- Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS DIGESTIFS

- Avez-vous eu un ulcère à l'estomac ? Oui Non
- Avez-vous eu une hépatite virale ou une autre maladie du foie ? Oui Non
- Avez-vous des brûlures ou des reflux gastro-œsophagiens ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS THROMBO-EMBOLIQUES

- Avez-vous déjà fait une phlébite et/ou une embolie pulmonaire ? Oui Non
- Un de vos parents proches a-t-il fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ? Oui Non
- Avez-vous des varices ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS HÉMORRAGIQUES

- Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel (saignement denez ou coupure superficielle) ? Oui Non
- Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou après un traumatisme sans importance ? Oui Non
- Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ? Oui Non
- Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale (par exemple : végétations, amygdales ou circoncision) ? Oui Non
- Y-a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation responsable de saignements importants (hémophilie, Willebrand) ? Oui Non
- Madame, avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes ? Oui Non
- Madame, avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ? Oui Non

PROTHÈSES, OPHTALMOLOGIE, ORL

- Portez-vous une prothèse dentaire amovible ? Oui Non
- Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ? Oui Non
- Avez-vous des prothèses auditives ? Oui Non
- Avez-vous des piercings ? Des lentilles de contact ? Oui Non
- Avez-vous un glaucome ? Oui Non
- Une pathologie ophtalmologique ? Oui Non

AUTRES INFORMATIONS À TRANSMETTRE, AUTRES MALADIES, COMMENTAIRES

Date _____

Signature _____