

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Ce questionnaire est strictement confidentiel, il est destiné à mieux vous connaître avant votre anesthésie ; Votre médecin traitant pourra éventuellement vous aider dans cette tâche

Il doit être rempli avant la consultation

PENSER A RAMENER VOS DERNIERS EXAMENS, COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION, COMPTES RENDUS DE CONSULTATIONS (cardiologie, pneumologie, autres spécialistes...) ET VOS DERNIERES ORDONNANCES DE TRAITEMENTS POUR LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

NOM - Prénom Date de naissance	Age..... Profession..... Tél..... Adresse..... Tél Taille Poids	<u>Médecin traitant</u> Nom Adresse :..... Tél.....
--	--	--

Veuillez entourer la bonne réponse ou rayer les mentions inutiles

1. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ou des examens sous anesthésie ? OUI
NON ?
Si OUI, lesquels et en quelle année approximativement
.....
.....
2. Pour les femmes : Nombre de grossesse :
3. Avez-vous eu un incident ou accident d'anesthésie ? OUI NON
4. Si OUI, lequel ?
5. Vous a-t-on rapporté une difficulté d'intubation ? OUI NON
6. Quelqu'un dans votre famille a-t-il eu un accident d'anesthésie ? OUI NON
Si OUI, lequel ?
7. Avez-vous été transfusé(e) ? OUI NON
8. Avez-vous eu une complication de la transfusion ? OUI NON
Si OUI, lequel ?
9. Fumez-vous ? OUI NON
Si OUI, combien de cigarettes par jour ? Depuis combien d'années :

Quelle est votre consommation quotidienne de vin, bière, alcool ?
.....
10. Prenez-vous ou avez-vous pris de la drogue ? OUI NON
11. Avez-vous le mal des transports ? OUI NON

12. Etes-vous allergique ? OUI NON

Si OUI, à quoi ? (Anesthésiques, aspirine, antibiotique, iode, caoutchouc (latex), pollen, poussière, aliment)

13. Quel type de réaction faites-vous ? : Asthme, rhinite, urticaire, eczéma, œdème, choc anaphylactique, autre (préciser)

14. Avez-vous une tendance anormale au saignements ? OUI NON
(par exemple : ecchymoses - bleus"- fréquentes ailleurs que sur les jambes, saignement facile et prolongé après une blessure minime, saignement des gencives plus de 24 h après une extraction dentaire, saignement plus de 15 min après une prise de sang au niveau du pansement, etc)

15. Avez-vous eu des maladies particulières ? OUI NON

16. SI OUI, cochez la case devant la maladie en question

Cœur et vaisseaux	Poumons	Système nerveux	Foie, Appareil digestif, rein
☐ Angine de poitrine	☐ Asthme	☐ Traumatisme crânien	☐ Colique néphrétique
☐ Infarctus	☐ Emphysème	☐ Sclérose en plaque	☐ Hépatite (jaunisse)
☐ Arythmie (palpitations)	☐ Bronchite chronique	☐ Épilepsie	☐ Ulcère gastrique
☐ Hypertension artérielle	☐ Tuberculose	☐ Accident vasculaire cérébrale	☐ Hernie Hiatale
☐ Insuffisance cardiaque	☐ Œdème pulmonaire	☐ Hémiplégie	☐ Reflux gastro-oesophagien
☐ Souffle cardiaque	☐ Apnée du sommeil	☐ Maladie de Parkinson	☐ Insuffisance rénale
☐ Artérite		☐ Myasthénie	
☐ Varices		☐ Spasmophilie	
☐ Phlébites			
Autres maladies	☐ Diabète	☐ Porphyrie	☐
	☐ Glaucome	☐ Dépression	☐ Myopathie

17. Etes-vous essoufflé(e) lorsque vous marchez ? OUI NON

18. Etes-vous essoufflé(e) lorsque vous montez moins de 2 étages ? OUI NON

19. Faites-vous du sport ? OUI NON Si OUI lequel ?

20. Vous réveillez-vous la nuit avec une sensation d'étouffement ou d'oppression ? OUI NON

21. Ronflez-vous ? OUI NON

22. Vous a-t-on déjà signalé des pauses respiratoires pendant votre sommeil ? OUI NON

23. Connaissez-vous votre tension habituelle ? OUI NON Si OUI quelle valeur ? ... / ...

24. Avez-vous des prothèses dentaires amovibles ? OUI NON

25. Des dents fragiles ou qui bougent ? OUI NON

26. Portez-vous des lentilles de contact ? OUI NON

27. Quels sont les médicaments que vous prenez régulièrement ou qui vous ont été prescrits ces 3 derniers mois ? (Noms doses/jour)

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

28. Quels sont les médicaments que vous avez pris pendant longtemps et que vous ne prenez plus actuellement ? (Noms doses/jour)

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

Avez-vous peur de l'anesthésie ? PAS DU TOUT UN PEU BEAUCOUP ÉNORMÉMENT

Date et signature

.....

Merci de remplir ce questionnaire, l'imprimer une fois rempli si possible et de le télécharger à l'adresse suivante : <https://mon.aphp.fr/demande/type/information/10/25/3046>