

# QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

---

## →PATIENT

Nom

Prénom :

Né(e) le :

Poids :

Nom de jeune fille :

Nombre d'enfant(s) :

Profession :

Vit seul :

Oui  Non

---

## → CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE/LOCOREGIONALE/LOCALE

	DATE (si possible):	OPERATION OU EXAMEN :	TYPE D'ANESTHESIE
1/	.....	.....	.....
2/	.....	.....	.....
3/	.....	.....	.....
4/	.....	.....	.....
5/	.....	.....	.....
6/	.....	.....	.....
7/	.....	.....	.....
8/	.....	.....	.....
9/	.....	.....	.....
10/	.....	.....	.....

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ?

Oui  Non

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements :

Oui  Non

Saignements :

Oui  Non

---

Autres à préciser :

.....

## MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

---

Avez-vous déjà eu des examens à visée cardiaque ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté ou été hospitalisé pour une cause cardiaque ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Quelle est la date de la dernière consultation auprès du cardiologue ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés à monter deux étages ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs dans la poitrine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un pontage coronarien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une valve cardiaque artificielle?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un pace maker (pile)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des stents coronaires ? (ressorts dans les artères du cœur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour une hypertension artérielle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour un souffle au cœur ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour une angine de poitrine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour un infarctus du myocarde ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour une insuffisance cardiaque ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous fait des phlébites ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des crampes dans les mollets vous stoppant à la marche (Artérite) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

---

## MALADIES RESPIRATOIRES

---

Etes-vous suivi par un pneumologue ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Rapportez vos compte rendus et résultats d'examens</i>		
Toussez-vous ou crachez-vous au moins trois mois par an ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous essoufflé(e) au repos ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faites-vous des apnées du sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une machine la nuit ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'oxygène à domicile ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour un asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une bronchite chronique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une embolie pulmonaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une autre maladie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, Laquelle ?		

.....

## MALADIES RENALES

---

Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une maladie rénale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une infection urinaire (cystite) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une insuffisance rénale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES DIGESTIVES

---

Etes-vous suivi par un gastro-entérologue ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Rapportez vos compte rendus et résultats d'examens</i>		
Avez-vous été traité(e) pour une gastrite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une œsophagite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une hernie hiatale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour des varices œsophagiennes ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour un ulcère (de l'estomac ou du duodénum) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une maladie du colon ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une autre maladie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Laquelle : .....		

## MALADIES HEPATIQUES

---

Avez vous eu une hépatite virale ? (ou jaunisse) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Laquelle (A, B, C) ? .....		
Avez-vous été traité pour cette hépatite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une cirrhose ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES HEMATOLOGIQUES

---

Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des règles abondantes ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des saignements importants après des soins dentaires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faites-vous des hématomes sans vous cogner ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une hémophilie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie de Willebrandt ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une anémie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES NEUROLOGIQUES

---

Avez-vous déjà perdu connaissance ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une migraine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour Tétanie/spasmophilie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour un syndrome dépressif ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une épilepsie (ou convulsions) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral (attaque, AVC, AIT, hémiplégie) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une maladie de Parkinson ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une sciatique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une maladie d'Alzheimer ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une myasthénie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

---

Etes-vous Diabétique ? Si oui, depuis Quand ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous traité par de l'insuline (injections) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des complications liées au diabète ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous du Cholestérol ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie de la thyroïde ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

---

Etes-vous susceptible d'être enceinte ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous la pilule ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un stérilet ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des grossesses ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une toxémie gravidique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES HEREDITAIRES (dans la famille)

---

Hyperthermie maligne suite à une anesthésie dans votre famille ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Décès lors d'une anesthésie dans votre famille ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Décès d'origine cardiaque avant 50 ans ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Risque de phlébite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie de Creutzfeldt-Jacob (vache folle) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## PROBLEMES ALLERGIQUES

---

Etes-vous allergique à un produit d'anesthésie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à un antibiotique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à 1 ou des médicaments particuliers ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lequel ou lesquels : .....		
Etes-vous allergique au Latex (ballons de baudruche, préservatifs, gants de ménage) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à un produit de contraste de radiologie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à un aliment ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des réactions cutanées de type URTICAIRE ou œdème de Quincke ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

---

## DIVERS

---

Avez-vous séjourné en dehors de la France dans l'année écoulée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans l'année écoulée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Où et combien de temps ? .....		
Quels traitements avez-vous reçu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des transfusions sanguines ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu du poids (hors régime) ces trois derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Combien de Kg ? .....		
Etes-vous malade en voiture / bateau?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Portez-vous des lentilles de contacts ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité pour un glaucome ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des appareils auditifs ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

---

## TABAC

---

Fumez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Combien de cigarettes par jour ? .....		
Depuis combien d'année ? .....		
Consommez-vous du Cannabis ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Consommez-vous de l'Héroïne ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Consommez-vous d'autres toxiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

---

## ALCOOL

Oui  Non

---

Nombre de litres de vin par jour :	1/4L <input type="checkbox"/>	1/2L <input type="checkbox"/>	1L <input type="checkbox"/>	2L <input type="checkbox"/>	+ de 2L <input type="checkbox"/>
Nombre d'apéritifs par semaine :	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

---

## ETAT BUCCO-DENTAIRE

---

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? Oui  Non   
Lesquelles ? .....

---

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? Oui  Non

Partielle  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur

Complète  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur

---

Avez-vous des implants, bridges, ou pivots ? Oui  Non

Certaines de ces prothèses fixes se descellent-elles souvent ? Oui  Non

---

Avez-vous d'autres dents mobiles ou déchaussées ? Oui  Non

Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ? Oui  Non

---

Etes-vous en cours de traitement chez un dentiste ? Oui  Non

Avez-vous eu un travail dentaire récent (moins d'un an) ? Oui  Non

De quel type ? .....

Sur quelles dents ? .....

---

Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ? Oui  Non   
(Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture, ...).

---

Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ? Oui  Non

---

***Vous êtes informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre chirurgien dentiste afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.***

## QUEL EST VOTRE TRAITEMENT ACTUEL ?

Apportez votre ordonnance :    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nombre de comprimés			
Nom du médicament :	Dosage	Matin	Midi	Soir

***Certains médicaments pourront être temporairement modifiés ou arrêtés pour votre intervention.***

Avez-vous des remarques complémentaires à faire avant votre anesthésie ?

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