



## QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

*Document à rapporter complété et signé pour la consultation avec l'anesthésiste.  
(En cas de difficultés, vous pouvez vous faire aider par votre famille ou votre médecin traitant)*

**MERCI D'APPORTER VOS DERNIÈRES ORDONNANCES, VOTRE CARTE DE GROUPE, VOS EXAMENS SANGUINS, VOS COMPTE RENDUS DE CONSULTATIONS.**



Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .... / .... / .....

Poids : .....

Taille : .....

### CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE / LOCORÉGIONALE / LOCALE

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

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? (allergie, nausées ou vomissements, saignements...) : .....

### PROBLÈMES ALLERGIQUES

Êtes-vous allergique à un produit d'anesthésie, au latex, à un antibiotique ou autre médicament, à un aliment ? Oui  Non

Êtes-vous allergique à un produit de contraste de radiologie ? Oui  Non

Avez-vous eu des réactions cutanées de type urticaire ou œdème de Quincke ? Oui  Non

### MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Avez-vous déjà consulté ou été hospitalisé pour 1 problème cardiaque ? Oui  Non

**Si oui, rapportez vos comptes rendus et résultats d'examens**

Avez-vous des douleurs dans la poitrine, des stents coronaires ou pontage coronarien ? Oui  Non

Avez-vous une valve cardiaque artificielle ? Oui  Non

Avez-vous un pace maker (pile), un rythme cardiaque irrégulier ? Oui  Non

Êtes-vous suivi pour une hypertension, une insuffisance cardiaque ? Oui  Non

Avez-vous fait des phlébites, ou de l'artérite ? Oui  Non

### MALADIES RESPIRATOIRES

Êtes-vous suivi par un pneumologue ? Oui  Non

**Si oui, rapportez vos comptes rendus et résultats d'examens**

Toussez-vous ou crachez-vous au moins trois mois par an ? Oui  Non

Êtes-vous essoufflé(e) au repos, avez-vous eu de l'asthme ou une embolie pulmonaire ? Oui  Non

Faites-vous des apnées du sommeil, avez-vous une machine la nuit ou de l'oxygène à domicile ? Oui  Non

Avez-vous eu de la Bronchite Chronique, de l'emphysème, un pneumothorax ou une pleurésie ? Oui  Non

### MALADIES RÉNALES ET DIGESTIVES

Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate), une insuffisance rénale ? Oui  Non

Avez-vous eu un ulcère gastro-duodénal, ou une hernie hiatale ? Oui  Non

Avez-vous eu une hépatite (virale, médicamenteuse...) ? Oui  Non

## MALADIES HÉMATOLOGIQUES

- Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement ? (Hémophilie, maladie de Willebrand, ...)  Oui  Non
- Avez-vous des règles abondantes, des saignements importants du nez ou après des soins dentaires ?  Oui  Non
- Avez-vous des ecchymoses fréquentes ?  Oui  Non
- Avez-vous une anémie ?  Oui  Non
- Avez-vous eu une transfusion sanguine ?  Oui  Non

## MALADIES NEUROLOGIQUES

- Avez-vous déjà perdu connaissance, eu une épilepsie (ou convulsions) ?  Oui  Non
- Avez-vous été traité(e) pour un syndrome dépressif ?  Oui  Non
- Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral ?  Oui  Non

## MALADIES HORMONALES ET MÉTABOLIQUES

- Etes-vous diabétique ? Si oui, depuis quand ?  Oui  Non
- Avez-vous du cholestérol ?  Oui  Non
- Avez-vous une maladie de la thyroïde ?  Oui  Non

## DIVERS

- Avez-vous perdu du poids (hors régime) ces trois derniers mois ?  Oui  Non
- Combien de Kg ?.....
- Etes-vous malade en voiture / bateau ?  Oui  Non
- Portez-vous des lentilles de contacts ?  Oui  Non
- Avez-vous été traité pour un glaucome ?  Oui  Non
- Avez-vous des appareils auditifs ?  Oui  Non
- Etes-vous susceptible d'être enceinte ?  Oui  Non
- Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour ?  Oui  Non
- Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?  Oui  Non

## ETAT BUCCO-DENTAIRE

- Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ?  Oui  Non
- Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ?  Oui  Non
- Avez-vous des implants, bridges ou pivots ?  Oui  Non
- Certaines de ces prothèses fixes se descendent-elles souvent ?  Oui  Non
- Etes-vous en cours de traitement chez un dentiste ?  Oui  Non
- 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.



**Le jour de votre consultation d'anesthésie pensez à ramener ce document complété ainsi que vos ordonnances.**

Date : ...../...../.....

Signature du patient :