Afin de mieux vous connaître sur le plan médical et en vue de votre examen, veuillez avoir l'obligeance de répondre à ce questionnaire, en vous faisant aider éventuellement par votre Médecin traitant,

Apporter ce document complété ET signé impérativement à la consultation d'anesthésie

Nom:		Prénom:		Date de naissance :		
Taille: Poids:		Date de l'intervention		Nature de l'intervention :		Nom chirurgien :
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
1) Avez-vous déjà été opéré (e) ? De quoi ?				JO 🗖		NON
2) Avez-vous eu des anesthésies générales ?						
Cardiaque			Pulmonaire			Digestif
☐ Angine de poitrine ☐ Infarctus du myocarde ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Arythmie ☐ Hypertension artérielle ☐ Varices ☐ Phlébite ☐ Embolie pulmonaire		☐ Toux ☐ Asthme ☐ Emphysème ☐ Bronchite chronique ☐ Insuffisance respiratoire chronique		Hernie hiatale Gastrite Ulcère digestif Hépatite virale Hépatite médicamenteuse Cirrhose Rectocolite hémorragique Maladie de Crohn		
Urologie			Neurologique		Autres affections	
☐ Infection urinaire ☐ Coliques néphrétiques ☐ Incontinence urinaire ☐ Insuffisance rénale chronique ☐ Adénome prostatique		que	□ Vertiges □ Alzheimer □ Migraines □ Parkinson □ Dépression □ Paralysie □ Epilepsie □ Accident vasculaire cérébral		 □ Diabète □ Hypothyroïdie □ Hyperthyroïdie □ Ecchymoses fréquentes □ Saignements de nez □ Glaucome 	
ALLERGIES						
A préciser :		Aux Pollens		Kiwi S er	☐ Autres ☐ Latex ☐ Bétadine ☐ Urticaire ☐ Œdème de Quincke ☐ Autre à préciser	
7) Avez-vous des pertes de connaissances ?						T NON
8) Quels sont les médicaments que vous prenez régulièrement ou qui vous ont été prescrits ces 6 derniers mois ?						
9) Prenez-vous la pilule ?			☐ NON Etes-vous enceinte ☐ OUI ☐		□ NON	
10) Etes-vous fumeur?			Nombre de cigarettes/jour :			
11) Portez-vous une prothèse OUI NON Si OUI, de quel type Dentaire Lentilles de contact Autre						
12) Avez-vous été hospitalisé à l'étranger durant ces 12 derniers mois ?						
Pour quelle maladie? Combien de temps? Dans quel type de service? Avez-vous eu des antibiotiques? □ OUI □ NON						

(si mineur = signature des 2 parents) :