QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIE

A rapporter complété et signé pour la consultation avec l'anesthésiste

→PATIENT

Nom

Prénom :

Date de naissance : Age : ans

Poids :

Taille :

Nom de jeune fille :

Nombre d'enfant(s) :

Profession :

Nom du médecin traitant :

Vit seul :
Oui ❒ Non ❒

S'il vous est proposé une intervention en ambulatoire, avez-vous la possibilité d'être raccompagné à votre domicile, ainsi que pendant la nuit qui suit l'intervention ?
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/	.....	.....	.....

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 :

.....

ENR-ANE-004 - version 03 du 15/12/2020 / (07/01/2022)

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Avez-vous déjà eu des examens à visée cardiaque ? *Rapportez vos compte rendus et résultats d'examens (si possible)*	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous consulté ou été hospitalisé pour une cause cardiaque ?	Oui ❒ Non ❒
Quelle est la date de la dernière consultation auprès du cardiologue ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous des difficultés à monter deux étages ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous des douleurs dans la poitrine ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous un pontage coronarien ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous une valve cardiaque artificielle?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous un pace maker (pile)?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous des stents coronaires ? (ressorts dans les artères du cœur)	Oui ❒ Non ❒
Etes-vous suivi pour une hypertension artérielle ?	Oui ❒ Non ❒
Etes-vous suivi pour un souffle au cœur ?	Oui ❒ Non ❒
Etes-vous suivi pour une angine de poitrine ?	Oui ❒ Non ❒
Etes-vous suivi pour un infarctus du myocarde ?	Oui ❒ Non ❒
Etes-vous suivi pour une insuffisance cardiaque ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous fait des phlébites ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous des crampes dans les mollets vous stoppant à la marche (Artérite) ?	Oui ❒ Non ❒

MALADIES RESPIRATOIRES

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

.....

MALADIES RENALES

Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate) ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été soigné(e) pour une maladie rénale ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été soigné(e) pour une infection urinaire (cystite) ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été soigné(e) pour une insuffisance rénale ?	Oui ❒ Non ❒

MALADIES DIGESTIVES

Etes-vous suivi par un gastro-entérologue ? *Rapportez vos compte rendus et résultats d'examens*	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été traité(e) pour une gastrite ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été traité(e) pour une œsophagite ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été traité(e) pour une hernie hiatale ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été traité(e) pour des varices œsophagiennes ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été traité(e) pour un ulcère (de l'estomac ou du duodénum) ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été traité(e) pour une maladie du colon ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été traité(e) pour une autre maladie ?	Oui ❒ Non ❒

Laquelle : .....

MALADIES HEPATIQUES

Avez-vous eu une hépatite virale ? (ou jaunisse) ? Laquelle (A, B, C) ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous été traité pour cette hépatite ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous une cirrhose ?	Oui ❒ Non ❒

MALADIES HEMATOLOGIQUES

Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous des règles abondantes ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous eu des saignements importants après des soins dentaires ?	Oui ❒ Non ❒
Faites-vous des hématomes sans vous cogner ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous une hémophilie ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous une maladie de Willebrandt ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous une anémie ?	Oui ❒ Non ❒

ENR-ANE-004 - version 03 du 15/12/2020 / (07/01/2022)

MALADIES NEUROLOGIQUES

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

MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

Etes-vous Diabétique ? Si oui, depuis Quand ?	Oui ❒ Non ❒
Etes-vous traité par de l'insuline (injections) ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous des complications liées au diabète ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous du Cholestérol ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous une maladie de la thyroïde ?	Oui ❒ Non ❒

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Etes-vous susceptible d'être enceinte ?	Oui ❒ Non ❒
Prenez-vous la pilule ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous un stérilet ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous eu des grossesses ?	Oui ❒ Non ❒
Avez-vous eu une toxémie gravidique ?	Oui ❒ Non ❒

MALADIES HEREDITAIRES (dans la famille)

Hyperthermie maligne suite à une anesthésie dans votre famille ?	Oui ❒ Non ❒
Décès lors d'une anesthésie dans votre famille ?	Oui ❒ Non ❒
Décès d'origine cardiaque avant 50 ans ?	Oui ❒ Non ❒
Risque de phlébite ?	Oui ❒ Non ❒
Maladie de Creutzfeldt-Jacob (vache folle) ?	Oui ❒ Non ❒

PROBLEMES ALLERGIQUES

Etes-vous allergique à un produit d'anesthésie ? Oui ❒ Non ❒

Etes-vous allergique à un antibiotique ? Oui ❒ Non ❒

Etes-vous allergique à 1 ou des médicaments particuliers ? Oui ❒ Non ❒
Lequel ou
lesquels : .....

Etes-vous allergique au Latex (ballons de baudruche, préservatifs, gants de ménage) ? Oui ❒ Non ❒

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

Etes-vous allergique à un aliment ? Oui ❒ Non ❒

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

DIVERS

Avez-vous séjourné en dehors de la France dans l'année écoulée ? Oui ❒ Non ❒

Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans l'année écoulée ? Oui ❒ Non ❒
Où et combien de
temps ? .....

Quels traitements avez-vous reçu ? Oui ❒ Non ❒

Avez-vous eu des transfusions sanguines ? Oui ❒ Non ❒

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 ❒

TABAC

Fumez-vous ? Oui ❒ Non ❒

Combien de cigarettes par
jour ? .....
Depuis combien d'année ?
.....

Consommez-vous du Cannabis ? Oui ❒ Non ❒

Consommez-vous d'autres toxiques ? Oui ❒ Non ❒

ALCOOL Oui ❒ Non ❒

Nombre de litres de vin par jour :	1/4L ❒	1/2L ❒	1L ❒	2L ❒	+ de 2L ❒
Nombre d'apéritifs par semaine :	0 ❒	1 ❒	3 ❒	5 ❒	7 ❒

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.

VOTRE TRAITEMENT ACTUEL

Avez-vous un traitement en cours ? Oui ❒ Non ❒

Si oui, Merci d'apporter votre ordonnance, et de compléter le tableau ci-dessous :

	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 ?

……

……

……