

**QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE  
ANESTHESIE GENERALE OU LOCALE**

NOM ..... NOM DE JEUNE FILLE .....  
PRENOM ..... DATE DE NAISSANCE .....  
ADRESSE .....  
Numéro de téléphone .....  
Numéro de téléphone et nom de la personne à prévenir si besoin lors de l'hospitalisation .....  
.....  
Nom de votre Médecin Traitant .....  
.....  
  
Poids ..... Taille .....

*Cocher si oui*

Avez-vous déjà été hospitalisé.....   
Pourquoi.....  
.....  
.....

Avez-vous été endormi .....   
Pourquoi.....  
.....  
.....

Avez-vous eu des problèmes de réveil .....   
Lesquels.....  
.....  
.....

Avez-vous déjà fait des allergies aux aliments, aux médicaments.....   
Lesquels.....  
.....  
.....

Quels médicaments prenez-vous actuellement (apporter les boites ou les notices) à quelle dose  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS**

**Liste des médicaments à signaler impérativement avant une anesthésie (locale ou générale) :**

**TICLID - PLAVIX - ASPEGIC - KARDEGIC - SOLUPSAN - CARDIOSOLUPSAN - ASPIRINE - SINTRON - PREVISCAN - COUMADIME**

**... tous les médicaments à base d'aspirine, tous les anticoagulants, toutes les piqûres d'insuline.**

- Avez-vous été soigné pour les poumons .....
- Avez-vous souvent des bronchites.....
- Etes-vous fumeur.....   
 Si oui, combien de cigarette par jour .....
- Faites-vous de l'asthme.....
- Faites-vous du diabète (trop de sucre dans le sang) .....   
 Si oui : traitement par piqûres   
 traitement par médicaments
- Faites-vous de l'hypertension.....   
 (notez les chiffres habituels) .....
- Votre médecin vous soigne-t-il pour le coeur.....
- Avez-vous déjà été en consultation chez un cardiologue.....   
 (veuillez apporter le compte-rendu de la dernière consultation)
- Avez-vous déjà eu des douleurs thoraciques .....
- Vos chevilles gonflent-elles le soir.....
- Souffrez-vous de varices .....
- Avez-vous des phlébites .....
- Avez-vous fait des embolies pulmonaires .....
- Avez-vous des problèmes de coagulation .....   
 (ou prenez-vous un traitement pour la fluidité du sang > voir liste au recto)
- Avez-vous des antécédents d'ulcère d'estomac .....
- Autres problèmes de santé :.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Si vous êtes en possession de votre carte de groupe sanguin, veuillez-vous en munir le jour de la consultation d'anesthésie.

*Signature du Malade.*