



Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

**Questionnaire à remplir et remettre à l'anesthésiste avec vos derniers examens s'il vous plaît.**

**1. AVEZ-VOUS DES TRAITEMENTS ? (Si oui, précisez)**

OUI  NON

-	-
-	-
-	-
-	-

**2. AVEZ-VOUS DEJA ETE OPERÉ(E) ? (Si oui, précisez)**

OUI  NON

-	-
-	-
-	-
-	-

**3. Y-A-T-IL EU DES COMPLICATIONS AVEC UNE ANESTHESIE ?**

OUI  NON

-	-
---	---

**4. AVEZ-VOUS DES ANTECEDENTS MEDICAUX ? (Si oui, cochez)**

OUI  NON

**CARDIAQUE**

- Infarctus, angine de poitrine
- Palpitations, syncopes
- Pace Maker
- Hypertension artérielle
- Phlébite, embolie pulmonaire
- Artérite des membres inférieurs

**URINAIRE**

- Insuffisance rénale, dialyse
- Problème de prostate

**DIGESTIF**

- Ulcère gastroduodénal
- Reflux gastro-œsophagien
- Hépatite, diverticule du colon

**RESPIRATOIRE**

- Asthme
- Bronchites chroniques
- Apnées du sommeil appareillé
- Fumez-vous ? combien par jour ?

**NEUROLOGIQUE**

- Accident vasculaire cérébral (AVC)  
séquelle : \_\_\_\_\_
- Épilepsie
- Maladie de Parkinson

**ENDOCRINIEN**

- Diabète
- Avec insuline

**TRANSFUSION SANGUINE**

OUI  NON

Dernière Hb glyquée : \_\_\_\_\_ %

**5. AVEZ-VOUS DES ALLERGIES CONNUES ?**

OUI  NON

<input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Autre médicament (précisez) : _____	<i>précisez le type de réaction :</i> <input type="checkbox"/> rougeurs, prurit <input type="checkbox"/> œdème, gène pour respirer
--	--

**6. PORTEZ -VOUS ?**

OUI  NON

<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> en haut <input type="checkbox"/> en bas <input type="checkbox"/> Prothèse auditive : <input type="checkbox"/> côté gauche <input type="checkbox"/> côté droit <input type="checkbox"/> Lunettes, lentilles
--

**7. AVEZ-VOUS D'AUTRES INFORMATIONS A COMMUNIQUER ?**

OUI  NON

_____
-------

**Merci**

