



**INSTITUT AQUITAIN  
DU CŒUR**  
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Nom :  
Prénom :  
Poids :                      Taille :

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

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

-	-
-	-
-	-
-	-

**2. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E) ? (Si oui, précisez)** ☐ OUI ☐ NON

-	-
-	-
-	-
-	-

**3. Y-A-T-IL EU DES COMPLICATIONS AVEC UNE ANESTHÉSIE ?** ☐ OUI ☐ NON

-
-

**4. AVEZ-VOUS DES ANTECEDENTS MÉDICAUX ? (Si oui, cochez)** ☐ OUI ☐ NON

<b>CARDIAQUE</b> <input type="checkbox"/> Infarctus, angine de poitrine <input type="checkbox"/> Palpitations, syncopes <input type="checkbox"/> Pace Maker <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Phlébite, embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs  <b>RESPIRATOIRE</b> <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchites chroniques <input type="checkbox"/> Apnées du sommeil appareillé <input type="checkbox"/> Fumez-vous ? combien par jour ?  <b>ENDOCRINIEN</b> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Avec insuline Dernière Hb glyquée : _____ %	<b>URINAIRE</b> <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale, dialyse <input type="checkbox"/> Problème de prostate  <b>DIGESTIF</b> <input type="checkbox"/> Ulcère gastroduodénal <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Hépatite, diverticule du colon  <b>NEUROLOGIQUE</b> <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) séquelle : _____ <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson  <b>TRANSFUSION SANGUINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

**5. AVEZ-VOUS DES ALLERGIES CONNUES ?** ☐ OUI ☐ NON

<input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Autre médicament (précisez) :	<b>précisez le type de réaction :</b> <input type="checkbox"/> rougeurs, prurit <input type="checkbox"/> œdème, gêne 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 À COMMUNIQUER ?** ☐ OUI ☐ NON

--

**Merci**



**INSTITUT AQUITAIN DU CŒUR**