

Docteur Michel BOUSQUET
Anesthésiste – Réanimateur
78 1 11659 5

CHP de l'Europe
LE PORT-MARLY
— **VIVALTO SANTE** —

Docteur Didier LEMARDELEY
Anesthésiste – Réanimateur
78 1 09512 0

Docteur François BRASSEUR
Anesthésiste – Réanimateur
78 1 16522 0

Docteur Hamda HOUISSA
Anesthésiste – Réanimateur
78 1 16804 2

Docteur Pascal PETOT
Anesthésiste – Réanimateur
78 1 14812 7

Docteur Karin FISSETTE
Anesthésiste – Réanimateur
78 1 12335 1

Docteur Uwe KÖCKLER
Anesthésiste – Réanimateur
78 1 15774 8

Docteur Naceur SHIMI
Anesthésiste – Réanimateur
78 1 15718 5

**QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR PAR LE PATIENT
ET A RAPPORTER A LA CONSULTATION D'ANESTHESIE**

Afin de mieux vous connaître sur le plan médical, en vue de votre intervention chirurgicale et/ou de votre examen sous anesthésie, veuillez avoir l'obligance de remplir le questionnaire ci-joint.

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Age :
Sexe : F ☐ M ☐	Poids :	Taille :	Profession :
Intervention :	Opérateur :		

☞ Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger ces douze derniers mois ? ☐ non ☐ oui si oui précisez

☞ Quels sont les médicaments que vous prenez régulièrement (collyres y compris) ? **Très Important**

NOM :	DOSE :	Matin	Midi	Soir	NOM :	DOSE :	Matin	Midi	Soir
.....		/	/	/			/	/	/
.....		/	/	/			/	/	/
.....		/	/	/			/	/	/
.....		/	/	/			/	/	/
.....		/	/	/			/	/	/

☞ Etes-vous sous : ☐ anticoagulants ? ☐ Antiagrégants plaquettaires ? (Aspégic, Kardégic, Ticlid, Plavix...)

☞ Avez-vous déjà été opéré(e) sous anesthésie générale et/ou péridurale ? ☐ non ☐ oui si oui précisez

Années	Opérations	Années	Opérations
.....			
.....			
.....			

☞ Avez-vous été transfusé(e) ? ☐ non ☐ oui

Etes-vous enceinte ? ☐ non ☐ oui ☐ sans objet

☞ Avez-vous été victime d'un incident ou d'un accident d'anesthésie ? ☐ non ☐ oui si oui précisez

TSVP ☞

☞ Avez-vous ou avez-vous eu des maladies particulières :

CARDIAQUES : ☐ Angine de poitrine
☐ Infarctus
☐ Trouble du rythme
☐ Hypertension artérielle
☐ Insuffisance cardiaque
☐ Autres

VASCULAIRES : ☐ Artérite
☐ Varices
☐ Phlébites

ENDOCRINES : ☐ Diabète
☐ Thyroïde
☐ Autre

ALLERGIQUES : ☐ Urticaire géant
☐ Œdème de Quincke
☐ Aux aliments
☐ Au latex
☐ Aux médicaments

si oui précisez.....
.....
.....

RENALES : ☐ Calculs
☐ Prostate
☐ Autres :

NEUROLOGIQUES : ☐ Epilepsie
☐ Accident vasculaire
☐ Dépression
☐ Autres :

TROUBLES DE COAGULATION :
☐ Hémophilie
☐ Willebrand
☐ Autres :

PULMONAIRES : ☐ Asthme
☐ Bronchite chronique
☐ Emphysème
☐ Embolie pulmonaire
☐ Autre :

DIGESTIVES : ☐ Ulcère
☐ Hépatite
☐ Autre :

DIVERSES : ☐ Glaucome
☐ Myopathie
☐ Myasthénie

☞ Autres affections ou maladies non prévues dans le questionnaire ci-dessus ?
.....
.....
.....

☞ Risque de transmission d'encéphalite spongiforme

- Avez-vous été opéré(e) d'une intervention neurochirurgicale à l'étranger, ou en France avant 1995 ?
- Avez-vous reçu de l'hormone de croissance humaine ?
- Existe-t-il dans votre famille des cas de maladie de Creutzfeld-Jacob ? ☐ non ☐ oui

☞ Etes-vous fumeur ? ☐ non ☐ oui si oui, combien de cigarettes par jour ? Depuis ?

Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?

☞ Portez-vous une prothèse ? ☐ Dentaire ☐ oculaire ☐ auditive ☐ autres

☞ Les gestes effectués lors d'une anesthésie peuvent aggraver un état dentaire défaillant. Veuillez préciser si vous avez des dents sur pivot ? Des jaquettes ? Des bridges ? L'état de votre maxillaire et de vos gencives entraîne-t-il un déchaussement dentaire ?

☐ Dents saines ☐ Dents traitées et suivies ☐ Mauvais état avec dents déchaussées : Précisions :
.....

☞ Abordez-vous cet acte chirurgical ou d'exploration avec : ☐ Tranquillité ☐ Anxiété ?

☞ Pensez à rapporter le jour de votre consultation d'anesthésie les éléments médicaux récents en votre possession (Électrocardiogramme, radio de poumons, examens biologiques) ainsi que vos ordonnances.

Date :

Signature :

Commentaires et observations :