

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'obligeance 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
.....	.....	/	/	/	.....	.....	/	/	/
.....	.....	/	/	/	.....	.....	/	/	/
.....	.....	/	/	/	.....	.....	/	/	/
.....	.....	/	/	/	.....	.....	/	/	/

☞ Êtes-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

**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 :

☞ 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

☞ Êtes-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 :