



Département d'Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale

**Collège des médecins anesthésistes réanimateurs
Dr Ionut CARJALIU - Dr Mihai RADUTOIU – Dr Olivier REBET**

Nom : **Prénom :** **Profession :**
Age : **Poids :** **Taille :** **Groupe sanguin :**

Vous allez bénéficier d'une anesthésie générale. Dans le cadre de l'examen préanesthésique, nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec l'aide de votre médecin traitant si vous le jugez nécessaire. Les renseignements que vous allez nous donner peuvent être très importants pour la conduite de l'anesthésie. Pour faciliter votre consultation, emportez avec vous des résultats des différents examens (carte de groupe sanguin, électrocardiogramme, radiographies...) et les comptes rendus de consultation ou d'hospitalisation en votre possession.

Entourez la bonne réponse

- Avez vous déjà été suivi ou hospitalisé pour des problèmes **d'angine de poitrine** (ou angor) ou **d'infarctus du myocarde**. OUI NON
 - Si oui depuis quand ?

- Avez vous déjà été suivi ou hospitalisé pour des problèmes de **troubles du rythme cardiaque**, portez-vous un **stimulateur cardiaque** (pace maker) ? OUI NON
 - Si oui, depuis quand ? (Munissez vous de votre carnet de surveillance du pace maker)

- Etes vous traité pour une **hypertension artérielle**, si oui depuis quand ? OUI NON
 - Dernière tension artérielle :/.....

- Etes vous **diabétique**, si oui depuis quelle date ? (Munissez vous de votre carnet de surveillance) OUI NON
 - Dernière valeur de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) :%
 - Quel est votre traitement :

- Avez vous déjà été suivi ou hospitalisé pour des **problèmes respiratoires** (Asthme, bronchite chronique, emphysème, tuberculose, silicose, embolie pulmonaire ou autre) OUI NON

- **Fumez-vous** actuellement ? Si oui, depuis combien de temps ? OUI NON
Avez-vous fumé ? Si oui, date d'arrêt, nombre de cigarettes fumées par jour

- Y a t'il eu dans votre famille, des **maladies rares** ou des problèmes liés à une anesthésie ? OUI NON

- Avez vous **déjà été opéré** ? Si oui de quoi, à quelle date : OUI NON
 - Par **quel type d'anesthésie** (générale, locorégionale, locale) ?

- Avez vous déjà été **endormi pour autre chose** (coloscopie, fibroscopie etc...) ? OUI NON
Si oui pour quelle raison et à quelle date ?

- Faites-vous des **allergies** à des médicaments (antibiotiques, héparines...), aux savons, au latex, alimentaires ou autres? Si oui à quel produit et comment s'est elle manifestée ? **OUI NON**
- Faites-vous des **rhumes allergiques** (« des foins »), des conjonctivites allergiques, de l'eczéma ? **OUI NON**
- Avez vous déjà été **transfusé** ? Si oui à quelle occasion et quand ? **OUI NON**
- Avez-vous déjà présenté des **phénomènes hémorragiques** ? **OUI NON**
 - Saignements de nez **OUI NON**
 - Ecchymoses spontanées (des bleus) **OUI NON**
 - Saignements très prolongés après une plaie ou une extraction dentaire **OUI NON**
 - Autres :
- Prenez-vous des **médicaments anticoagulants** ou **antiagrégants**? Si oui lesquels (Amenez les résultats des derniers examens biologiques) **OUI NON**
 - PLAVIX** **Oui Non**
 - TICLID** **Oui Non**
 - Autres :**
- Suivez-vous actuellement **un traitement** ? Si oui lesquels ? **OUI NON**
Indiquez la dose et le nombre de prise quotidienne ?

-	-
-	-
-	-
-	-
- Avez vous fait une **crise d'épilepsie** ? **OUI NON**
- Avez vous été **soigné pour les reins** (insuffisance rénale, calculs rénaux, sang dans les urines) ? **OUI NON**
- Avez vous fait une **phlébite** ou une **embolie pulmonaire** ? **OUI NON**
- Avez vous été soigné pour un **ulcère de l'estomac** ? **OUI NON**
- Avez vous été soigné pour un **glaucome** ? **OUI NON**
- Souffrez-vous de **myopathie** ou de **myasthénie** ? **OUI NON**
- Avez vous une **prothèse dentaire** et/ou des dents **sur pivots**, Si oui de quel type et lesquelles? **OUI NON**
- Etes vous informé que **le risque dentaire** dans le cadre de l'anesthésie générale (AG) existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile ? **OUI NON**
- Consommez-vous de **l'alcool** régulièrement ? **OUI NON**
Si oui, quelle consommation quotidienne
- Avez vous eu une **intervention sur les yeux** ? **OUI NON**
Si oui, s'agissait-il de la cornée ? **Oui Non**
- Avez vous eu une **intervention dans un service de neurochirurgie** ? A quelle date ? **OUI NON**
- Avez vous eu des **injections d'hormones** étant enfant ou adulte ? **OUI NON**
Si oui, indiquez la date et le nom du produit :
- Avez vous **autre chose à signaler** ? **OUI NON**

Date du recueil :

Signature du patient :