

# QUESTIONNAIRE PATIENT POUR LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Merci de vous présenter à la consultation d'anesthésie en ayant rempli ce questionnaire à l'avance.

Merci d'apporter également les documents suivants qui sont en votre possession :

- ordonnance de **tous** les médicaments que vous prenez habituellement,
- carte de groupe sanguin (si vous en avez une),
- bilans biologiques les plus récents,
- compte-rendu de consultation de spécialistes, notamment cardiologue et pneumologue,
- pour un mineur : livret de famille, carte d'identité des titulaires de l'autorité parentale et celle du mineur.

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom de naissance .....	Médecin traitant .....
Nom marital .....	Cardiologue .....
Prénom .....	Profession .....
Date de naissance ____ / ____ / ____	Où vivez-vous ?
Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	<input type="checkbox"/> à domicile, avec votre famille
Téléphone (portable) .....	<input type="checkbox"/> à domicile, seul(e)
Adresse mail .....	<input type="checkbox"/> en institution (EHPAD par ex.)
Poids ..... kg	<input type="checkbox"/> autre, précisez : .....
Taille ..... cm	Êtes-vous sous protection juridique (tutelle par ex.) ?
Intervention prévue .....	<input type="radio"/> Non
Date de l'intervention ____ / ____ / ____	<input type="radio"/> Oui → précisez le type de protection et le nom du
Chirurgien .....	responsable légal : .....

## ADDICTIONS

### Êtes-vous ou avez-vous été fumeur(euse) ?

- Non
- Oui, mais plus maintenant :
- Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? ..... ans
- Pendant combien de temps avez-vous fumé ? ..... ans
- Combien de cigarette par jour en moyenne ? ..... cig / jour
- Oui, toujours actuellement :
- Depuis combien de temps ? ..... années
- Combien de cigarettes par jour fumez-vous ? ..... cig / jour

### Consommez-vous régulièrement ou occasionnellement des drogues ou stupéfiants ?

(ex. : cannabis, cocaïne, héroïne, oxycodone...)  Non  Oui → précisez .....

### Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?

- Jamais  Moins de 3 fois par semaine  Tous les jours ou presque
- Combien de verres (dont vin, bière) buvez-vous par jour en moyenne : ..... verres / jour

## TRAITEMENTS

Merci d'**apporter votre ordonnance habituelle** ou de remplir le tableau suivant (si vous en prenez peu) :

Médicament (nom + posologie)	Cochez les horaires de prise		
	Matin	Midi	Soir

## ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

**Avez-vous déjà été opéré ou anesthésié ?**       Non    Oui   → renseignez le tableau ci-dessous

Intervention	Année	Type d'anesthésie	Problèmes éventuels

**Y-a-t'il eu des accidents ou des incidents au cours d'une anesthésie ?**

(ex. : difficultés d'intubation, allergie...)       Non    Oui   → précisez : .....

**Avez-vous eu des nausées et/ou des vomissements après une anesthésie ?**       Non    Oui

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

**Avez-vous ou avez-vous eu des maladies ?**

- Maladies du coeur et des vaisseaux :       Non    Oui   → cochez ci-dessous
  - Hypertension artérielle
  - Angine de poitrine, infarctus, stents cardiaques
  - Trouble du rythme cardiaque
  - Insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire
  - Embolie pulmonaire
  - Autre, précisez : .....
- Maladies respiratoires :       Non    Oui   → cochez ci-dessous
  - Asthme
  - Apnées du sommeil
  - BPCO / Bronchite chronique
  - Autre, précisez : .....
- Maladies neurologiques :       Non    Oui   → cochez ci-dessous
  - AVC (Accident vasculaire cérébral)
  - Epilepsie
  - Migraines
  - Autre, précisez : .....
- Diabète       Non    Oui
- Maladie de la thyroïde       Non    Oui
- Ulcère gastrique       Non    Oui
- Cirrhose       Non    Oui
- Insuffisance rénale       Non    Oui
- Glaucome       Non    Oui
- Cancer       Non    Oui   → précisez : .....

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

L'un de vos parents ou de vos frères et sœurs a-t-il eu un infarctus ou un AVC avant 55 ans ?  Non  Oui  
Y a-t-il des maladies génétiques comme la myopathie dans votre famille ?  Non  Oui

### ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX (POUR LES FEMMES)

**Avez-vous déjà été enceinte ?**  Non  Oui → précisez ci-dessous

Combien de fois ? .....

Combien d'accouchements avez-vous eu ? ..... accouchement(s)

Combien de césarienne ? ..... césarienne(s)

Avez-vous déjà eu une péridurale ?  Non  Oui

Avez-vous présenté un saignement important pendant un accouchement ?  Non  Oui

**Êtes-vous enceinte ?**  Non  Oui

Si non, avez-vous un moyen de contraception ?  Non  Oui → lequel ? .....

### ALLERGIES / INTOLÉRANCES MÉDICAMENTEUSES

**Avez-vous des allergies ?**  Non  Oui → précisez ci-dessous

À quoi êtes-vous allergique ? .....

ex. : antibiotiques, latex, produits de contraste, bétadine, aliments, pollens...

Quelle(s) réaction(s) avez-vous présenté ? .....

ex. : urticaire, rhinite, asthme, œdème de Quincke, choc anaphylactique...

Quand a(ont) eu lieu cette(ces) réaction(s) ? .....

**Y a-t-il des médicaments que vous ne supportez pas ?**  Non  Oui → lesquels ?

.....

ex. : anti-inflammatoires (ibuprofène, kétoprofène), tramadol (Contramal), néfopam (Acupan)...

### SYMPTOMATOLOGIE CARDIOVASCULAIRE

Avez-vous un pacemaker ou un défibrillateur ?  Non  Oui → merci d'**apporter la carte du dispositif**

Faites-vous de l'activité physique ?  Non  Oui → précisez : .....

Présentez-vous régulièrement ou occasionnellement des douleurs dans la poitrine ou des palpitations ?  Non  Oui

Êtes-vous capable de monter deux étages sans être essoufflé ?  Non  Oui

Avez-vous déjà présenté une perte de connaissance brutale ?  Non  Oui

### SYMPTOMATOLOGIE RESPIRATOIRE

Ronflez-vous bruyamment ?  Non  Oui

Vous sentez-vous fatigué ou somnolent durant la journée ?  Non  Oui

Quelqu'un a-t-il déjà constaté que vous arrêtiez de respirer pendant votre sommeil ?  Non  Oui

**COAGULATION / HÉMORRAGIE**

Hémorragie	Cochez une réponse		
	Non	Oui	Situation jamais rencontrée
Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement suite à un saignement prolongé ou inhabituel (comme un saignement de nez ou une petite coupure) ?			
Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou traumatisme, ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?			
Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?			
Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale ? (exemple : opération des végétations, des amygdales ou circoncision)			
Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants ? (exemple : hémophilie, maladie de Willebrand)			
Pour les femmes :			
Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes ? (contraception orale, fer, Exacyl...)			
Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?			

Avez-vous déjà fait une phlébite / une embolie pulmonaire ?     Non     Oui    → précisez : .....

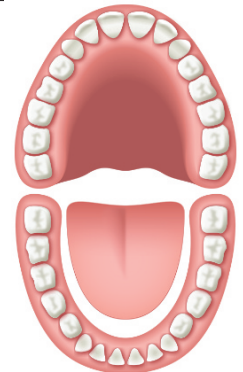
Avez-vous déjà été transfusé(e) ?     Non     Oui    → précisez quand : .....

**PROTHÈSES / DENTS**

Portez-vous des prothèses amovibles ?     Non     Oui    → précisez ci-dessous  
 prothèse dentaires     lentilles oculaires     prothèses auditives

Avez-vous du matériel dentaire fixe ?  
 Non     Oui    → précisez quel matériel (couronne, pivot, facettes, implants) et sur quelle(s) dent(s), si possible sur le schéma ci-contre  
 .....

Avez-vous des dents qui bougent ?  
 Non     Oui    → précisez la(les)quelle(s), si possible sur le schéma ci-contre  
 .....



**SYMPTOMATOLOGIE DIGESTIVE**

Avez-vous des brûlures dans la gorge / du reflux gastrique ?     Non     Oui

Avez-vous déjà eu un ulcère à l'estomac ?     Non     Oui

Avez-vous des douleurs à l'estomac lors de la prise d'anti-inflammatoires ?     Non     Oui

**REMARQUE LIBRE CONCERNANT L'ANESTHÉSIE**

Questionnaire renseigné  
 le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 par     le(la) patient(e)     une autre personne    → précisez : .....