

Hopital du Hasenrain
87, avenue d'Altkirch
68051 Mulhouse Cedex

Tél. : 03 89 64 69 78
Fax : 03 89 64 69 55

1. ANTÉCÉDENTS OPÉRATOIRES

Avez-vous déjà été opéré ?

oui ☐ non ☐

Si oui, de quoi et en quelle année :

.....

.....

.....

Avez-vous bénéficié d'anesthésie générale ?

oui ☐ non ☐

- locale ?

oui ☐ non ☐

- locorégionale (péridurale, rachianesthésie, autres) ?

oui ☐ non ☐

Avez-vous rencontré un problème particulier au cours de ces anesthésies ?

oui ☐ non ☐

Si oui, lequel :

.....

.....

.....

2. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Quelqu'un dans votre famille a-t-il eu une complication liée à une anesthésie ?

oui ☐ non ☐

Quelqu'un dans votre famille a-t-il eu une maladie importante à signaler ?

oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle :

.....

.....

.....

3. A L'INTENTION DES FEMMES

Avez-vous déjà accouché ?

oui ☐ non ☐

Si oui, combien de fois :

Sous péridurale ?

oui ☐ non ☐

Avec une anesthésie générale ?

oui ☐ non ☐

Par césarienne ?

oui ☐ non ☐

Grossesse(s) normale(s) ?

oui ☐ non ☐

Prenez-vous la pilule, ou un autre moyen de contraception ?

oui ☐ non ☐

Etes-vous enceinte ?

oui ☐ non ☐

Lorsque vous êtes réglée, vos règles sont-elles abondantes ☐, normales ☐ ?

Date des dernières règles :

4. HOSPITALISATIONS

Avez-vous déjà eu un accident ayant entraîné une hospitalisation ?

oui ☐ non ☐

Avez-vous déjà été hospitalisé pour un autre motif ?

oui ☐ non ☐

5. SANG, TRANSFUSIONS

Avez-vous reçu du sang ?

oui ☐ non ☐

Si oui, en quelles circonstances :

Saignez-vous pendant plusieurs heures après une extraction dentaire ?

oui ☐ non ☐

Saignez-vous pendant plusieurs heures quand vous vous coupez ?

oui ☐ non ☐

Avez-vous pris de l'ASPIRINE au cours des 2 dernières semaines ?

oui ☐ non ☐

Avez-vous pris un anti-inflammatoire au cours des 2 dernières semaines ?

oui ☐ non ☐

Des parents ou des hommes du côté maternel ont-ils des saignements anormaux ?

oui ☐ non ☐

Faites-vous des hématomes (bleus) facilement ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une hémorragie ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un saignement de nez nécessitant une consultation médicale ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Saignez-vous des gencives sans raison apparente ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Le point de piqûre après une prise de sang saigne-t-il pendant plus de 15 mn après l'application du pansement ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

6. ALLERGIE

Etes-vous allergique ? oui ☐ non ☐

Si oui, précisez à quels produits :

Antibiotiques <input type="checkbox"/>	Piqûre de guêpe <input type="checkbox"/>
Aspirine <input type="checkbox"/>	Caoutchouc <input type="checkbox"/>
Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/>	Gants <input type="checkbox"/>
Produits iodés <input type="checkbox"/>	Préservatifs <input type="checkbox"/>
Produits anesthésiques <input type="checkbox"/>	Autre latex <input type="checkbox"/>
Poussières, acariens, pollen <input type="checkbox"/>	Aliments, lesquels :
Autres produits :	

Comment s'est manifesté cette allergie ?

Asthme <input type="checkbox"/>	Eczéma <input type="checkbox"/>
Urticaire <input type="checkbox"/>	Rhume des foins <input type="checkbox"/>

Autres manifestations :

Dans votre famille y a-t-il des allergiques ? oui ☐ non ☐

Dans votre famille y a-t-il des asthmatiques ? oui ☐ non ☐

7. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU OU AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT LES MALADIES SUIVANTES :

Maladies du cœur et des vaisseaux oui ☐ non ☐

(hypertension artérielle, infarctus ou angine de poitrine, souffle au cœur, palpitations, artérite, crampes dans les mollets, autre maladie du cœur)

Présentez vous des facteurs de risque : cholestérol, diabète oui ☐ non ☐

Maladies veineuses oui ☐ non ☐

(varices, phlébites, embolie pulmonaire)

Maladies neurologiques oui ☐ non ☐

(crise d'épilepsie, convulsion, perte de connaissance, malaise, attaque ou accident vasculaire cérébral, migraine, dépression, céphalées, traumatisme crânien, vertiges, autre)

Maladies des yeux oui ☐ non ☐

(myopie, décollement de rétine, glaucome, autre maladie des yeux)

Maladies endocriniennes oui ☐ non ☐

(diabète, maladie de la thyroïde, goitre, spasmophilie, tétanie, autre maladie endocrinienne)

Maladies rhumatismales ou musculaires oui ☐ non ☐

(rhumatisme ou arthrose, lombalgie, sciatique, goutte, autre maladie rhumatismale, autre maladie musculaire)

Maladies pulmonaires oui ☐ non ☐

(infection pulmonaire, tuberculose, asthme, bronchite à répétition, pneumothorax, silicose, autre maladie des poumons)

Maladies urinaires

oui ☐ non ☐

(infection urinaire, difficultés à uriner, colique néphrétique, calcul rénal, urée ou insuffisance rénale, problème de prostate, dialyse, autre maladie des reins)

Maladies de l'estomac et du foie

oui ☐ non ☐

(ulcère de l'estomac, gastrite, hernie hiatale, hépatite, jaunisse, cirrhose, lithiase vésiculaire, autre maladie de l'estomac ou du foie)

8. MÉDICAMENTS

Quels médicaments (y compris aspirine, pommades, suppositoires, collyres, somnifères) prenez-vous **actuellement** et à quelles doses par jour ?

Quels médicaments avez-vous pris **récemment** et que vous ne prenez plus actuellement ?

Avez-vous pris pendant **plusieurs mois ou années**, un ou plusieurs médicaments particuliers ? oui ☐ non ☐

Si oui, lesquels et pourquoi :

9. HYGIÈNE DE VIE

Avez-vous maigri récemment ?

oui ☐ non ☐

Si oui, de combien de kg :

En combien de temps :

Etes-vous sportif ?

oui ☐ non ☐

Activités sportives pratiquées :

Etes-vous facilement essoufflé ?

oui ☐ non ☐

Buvez-vous régulièrement du vin ?

oui ☐ non ☐

- de la bière ?

oui ☐ non ☐

- des alcools forts (apéritifs) ?

oui ☐ non ☐

Fumez-vous ?

oui ☐ non ☐

Si oui, combien de cigarettes par jour : depuis combien de temps :

Avez-vous fumé ?

oui ☐ non ☐

Si oui, depuis combien de temps avez-vous arrêté :

Avez-vous parfois recours à des stimulants ou de la drogue ?

oui ☐ non ☐

10. PROTHÈSES

Portez-vous une ou plusieurs prothèses ?

oui ☐ non ☐

Pace-Maker ☐

Lentilles de contact ☐

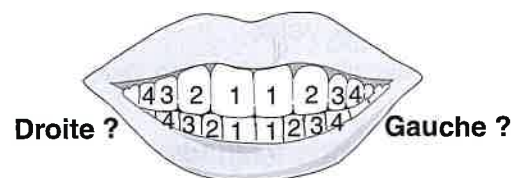
Appareil auditif ☐

Prothèse oculaire ☐

Prothèses dentaires fixes :

bridge ☐ couronnes ☐ pivots ☐

Prothèses dentaires amovibles : en haut ☐ en bas ☐



Questionnaire complété par :

pour le compte de :

Fait à :

le :

Signature :