

## DEPARTEMENT D'ANESTHESIE

△ GHP Ambroise Paré - Hartmann

25 bld Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

🌐 <https://anesthesie-ambroisepare-hartmann.fr/>

📞 RDV +33 1 75 95 12 34 - 📞 ? +33 1 46 41 89 61

✉ patientanesthesie92@gmail.com



# QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

## 🏠 INFORMATIONS PREALABLES

La consultation pré-anesthésique est obligatoire. Elle doit être réalisée plusieurs jours à l'avance (Décret du 5 Décembre 1994). Elle contribue à assurer la sécurité de la prise en charge pour votre intervention. **Ce document fait partie de votre dossier médical, il est couvert par le secret médical.**

## 🏠 VOTRE SITUATION

Nom :

Téléphone / Mail :

Prénom :

Profession :

Date de naissance :

Vit seul : Oui  Non

## 🏠 VOTRE CONSULTATION D'ANESTHESIE

Date et heure de rendez-vous :

Avec le docteur :

## 🏠 VOTRE FUTURE INTERVENTION NECESSITANT UNE ANESTHESIE

Vous allez être opéré(e) ou examiné(e) par le  
docteur :

Intervention proposée :

Date :

**Merci de penser à apporter les documents remis lors de la consultation du chirurgien**

## 🏠 VOS HABITUDES

Fumez-vous ?

Oui  Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Depuis combien d'année ?

Consommez-vous d'autres toxiques ?

Oui  Non

Consommez vous de l'alcool ?

Oui  Non

Si oui, quelle quantité par jour ?

## VOS MEDICAMENTS HABITUELS

Médicament	Doses prises par jour

Merci de penser à apporter l'ordonnance en cours de vos médicaments habituels

## VOS ANCIENNES INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE

Date	Intervention ou examen	Anesthésie

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? Oui  Non

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements

Saignement

Allergie

Autre

## VOS ANTECEDENTS MEDICAUX

Etes-vous suivi pour une pathologie cardiaque ?

Oui  Non

Etes-vous suivi pour un infarctus du myocarde (attaque, crise cardiaque) ?

Oui  Non

Etes-vous suivi par une pathologie respiratoire ?

Oui  Non

Faites-vous des apnées du sommeil ?

Oui  Non

Si oui, utilisez-vous un appareillage nocturne ?

Oui  Non

Avez-vous fait des phlébites ou embolies pulmonaires ?

Oui  Non

Avez-vous été soigné(e) pour un asthme ?

Oui  Non

Etes-vous suivi par une pathologie rénale ?

Oui  Non

- Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate) ? Oui  Non
- Etes-vous suivi par une pathologie digestive ? Oui  Non
- Avez-vous été traité(e) pour une hernie hiatale ou un ulcère ? Oui  Non
- Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement anormale ? Oui  Non
- Avez-vous eu des transfusions sanguines ? Oui  Non
- Avez-vous été traité(e) pour une épilepsie (ou convulsions) ? Oui  Non
- Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral (attaque, AVC, AIT, hémiplégie) ? Oui  Non
- Avez-vous du diabète ? Oui  Non
- Avez-vous du cholestérol ? Oui  Non
- Avez-vous une maladie de la thyroïde ? Oui  Non
- Avez-vous été traité pour un glaucome ? Oui  Non
- Avez-vous des appareils auditifs ? Oui  Non
- Avez vous des allergies ? Oui  Non
- Si oui lesquelles ?
- Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans l'année écoulée ? Oui  Non
- Avez-vous des problèmes dentaires (dentiers, implants, bridge ...) ? Oui  Non

**Ce questionnaire est à rapporter complété et signé** pour la consultation avec votre anesthésiste. Merci de penser à apporter en plus :

- **L'ordonnance en cours de vos médicaments habituels**
- **L'ensemble des documents remis lors de la consultation du chirurgien**
- Tout examen sanguin de moins de 3 mois
- Tout compte-rendu de consultation ou d'hospitalisations de moins d'un an
- Tout examen complémentaire de moins d'un an

**Fait à :**

**Date :**

**Signature :**