



Anesthésie
Ambroise Paré-Hartmann

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE - REANIMATION

25 bld Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine 

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

📞 RDV +33 1 75 95 12 34 - 📞 7 +33 1 46 41 89 61 

patient.aap@pm.me 

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 :

Pour la consultation d'anesthésie, merci d'apporter le devis et l'ensemble des documents remis lors de la consultation du chirurgien.

POIDS & TAILLE :

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 ☐

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	Type d'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, hémiplegie) ?	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**
- **Le devis et 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 :