

Questionnaire d'anesthésie

Hôpital Privé Cannes-Oxford



INFORMATION

Ce document permet au médecin anesthésiste de préparer votre consultation d'anesthésie dans les meilleures conditions. Merci de le remplir avec soin, de le rapporter à la consultation d'anesthésie (secrétariat) avec les documents médicaux en votre possession : bilan cardiologique, bilan sanguin, carte de groupe sanguin si vous en possédez une, la liste des médicaments que vous prenez (ordonnance). Toutes ces données seront traitées confidentiellement et classées dans votre dossier d'anesthésie.

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Age :**

Poids (en kg) : **Taille (cm) :**

Questionnaire rempli le : **Signature :**

Intervention chirurgicale prévue :

.....

Côté opéré :

Nom du chirurgien :

Date intervention :

Questionnaire d'anesthésie

Antécédents chirurgicaux

Avez-vous eu des interventions chirurgicales ?

Si oui lesquelles ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez vous bénéficié(e) d'une :

- coloscopie, fibroscopie gastrique, fibroscopie bronchique
 coronarographie avec stent(s)

Concernant les femmes :

Nombre de grossesses :

Nombre d'enfants :

Fausse couches :

Interruption volontaire de grossesse :

Antécédents médicaux

Avez-vous des problèmes de santé ? oui

non

Si oui lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Maladie cardio-vasculaire ?

- Hypertension artérielle traitée
 Infarctus du myocarde, angine de poitrine
 Accident vasculaire cérébral ischémique (AVC)
 Stent(s), pontages coronariens ou périphériques
 Antécédents de phlébite, d'embolie pulmonaire
 Stimulateur cardiaque/défibrillateur implantable

Avez-vous des problèmes respiratoires ?

- Insuffisance respiratoire sous oxygène à domicile
 Apnée du sommeil appareillée
 Asthme traité
 Broncho-pneumopathie chronique liée au tabac

Avez vous des problèmes de :

- Diabète sous traitement par antidiabétiques oraux
 Diabète sous insuline

Informations générales

Allergie : LATEX iode cutané

PENICILLINE

Produit de contraste iodé

autre :

Allergie ou intolérance médicament(s) :

.....

.....

Consommation tabac / jour :

Consommation Alcool / jour :

Appareil dentaire :

haut bas Dents sur pivots

Avez-vous été transfusé(e) : oui non

Etes vous porteur(se) d'une maladie infectieuse

virale type : Hépatite B Hépatite C VIH

COVID

Grossesse en cours

Pilule contraceptive

Lentilles oculaires

Appareil auditif

Piercing

Défibrillateur/pace

maker

Traitement médicamenteux

Avez-vous des traitements ? oui non

Si oui lesquels ? Posologie ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prenez-vous un traitement antiagrégant par :

KARDEGIC® ASPEGIC® PLAVIX®

CLOPIDOGREL® TICLID®

EFIENT®

PERSANTINE® BRILIQUE®

Prenez-vous un traitement anticoagulant par :

PREVISCAN® SINTROM® COUMADINE®

XARELTO® PRADAXA® ELIQUIS®

LOVENOX® INNOHEP® CALCIPARINE®

FRAGMINE® FRAXODI® ARIXTRA®