

# Questionnaire médical

## En vue d'une anesthésie

SCP des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs  
de St-Martin-Pessac- Centre-Anesthésia-24 février 2015



Nom  
Date de naissance

Prénom  
Taille

Signature  
Poids

Avez-vous eu une ou plusieurs anesthésies ?

**oui**

**non**

Si oui, pourquoi ? : .....

Avez-vous des antécédents d'allergie ?

**oui**

**non**

Aspirine

Pénicilline

Autres médicaments :

Iode

Sparadrap

Aliments :

Eczéma

Rhume des foins

Cosmétiques :

Urticaire

Autres :

Produits divers :

Avez-vous des antécédents cardiovasculaires ?

**oui**

**non**

Infarctus

Angine de poitrine

Palpitations

Varices

Artérite

Hypertension

Essoufflement

Phlébites

Embolie pulmonaire

Avez-vous des antécédents pulmonaires ?

**oui**

**non**

Asthme

Bronchite chronique

Pneumonie

Tuberculose

Pleurésie

Pneumothorax

Autres :

Fumez-vous ?

oui

non

Combien de cigarettes par jour ?

Depuis combien de temps

Avez-vous des antécédents digestifs ?

**oui**

**non**

Gastrite, ulcère

Hépatite (Jaunisse)

Maladie du colon

Avez-vous des antécédents neurologiques ?

**oui**

**non**

Epilepsie

Perte de connaissance

Accident vasculaire cérébral

Migraine

Dépression

Hernie discale

Tétanie/Spasmophilie

Avez-vous d'autres antécédents ?

**oui**

**non**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète             | <input type="checkbox"/> Cholestérol      | <input type="checkbox"/> Thyroïde           |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Maladie de l'œil | <input type="checkbox"/> Alcoolisme         |
| <input type="checkbox"/> Arthrose            | <input type="checkbox"/> Rhumatisme       | <input type="checkbox"/> Maladie cancéreuse |
| <input type="checkbox"/> Autre               |   |   |

Quel est votre traitement actuel ? .....

Divers

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Portez-vous des lentilles de contact ?                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous une ou des prothèses dentaires ?                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous une ou des dents qui bougent ?                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Faites vous facilement des bleus pour des petits chocs ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Saignez-vous longtemps après une coupure, même minime ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous eu une prise de sang dans les 3 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Madame, Mademoiselle : êtes-vous enceinte ?               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Combien avez-vous eu de grossesses antérieures ? .....    |                              |                              |
| <u>Pensez-vous avoir autre chose à signaler ?</u>         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## Consentement:

Au cours de la consultation d'anesthésie du ..... avec le Dr ....., j'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie. J'ai pu poser les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention. Mon accord concerne aussi la transfusion, de sang ou de dérivés sanguins, jugée indispensable par le médecin réanimateur. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur à mon égard.

Date

Signature du patient

