



Ambroise Paré
Clinique

CLINIQUE AMBROISE PARE

Rue Delbecque

62660 Beuvry

Accueil téléphonique : 03.21.63.44.00

SERVICE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

L> secrétariat : 03.21.63.45.26

Dr Amrouni - Dr Chiari - Dr Crepy - Dr Dumesnil - Dr Lenaers - Dr Pruvost

QUESTIONNAIRE EN VUE DE L'ANESTHÉSIE D'UN PATIENT MAJEUR

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'une anesthésie. Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître avant celle-ci. Remplissez-le avec soin et n'oubliez pas, il est indispensable de rapporter pour la consultation d'anesthésie les documents en votre possession, même anciens : ordonnance, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme, compte-rendu de consultation, résultats d'analyses,...

Merci.

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Age :

Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention sous anesthésie ?

oui non ne sait pas

Si oui, quand ? Intervention : Type d'anesthésie :

.....

.....

.....

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ?

oui non ne sait pas

Si oui, précisez :

Y a-t-il eu pour l'un de vos proches parents un problème au cours d'une anesthésie ?

oui non ne sait pas

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?

oui non ne sait pas

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?

oui non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà fait de l'hypertension artérielle ?

oui non ne sait pas

Avez-vous déjà fait une phlébite ?

oui non ne sait pas

Avez-vous déjà fait une embolie pulmonaire ?

oui non ne sait pas

Avez-vous des varices ?

oui non ne sait pas

Avez-vous déjà eu des problèmes respiratoires ?

oui non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà consulté un pneumologue ?

oui non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà fait de l'asthme ?

oui non ne sait pas

Etes-vous facilement essoufflé(e) ?

oui non

Faites-vous des apnées du sommeil ?

oui non ne sait pas

Fumez-vous ?

oui non occasionnellement

Si oui, combien de cigarettes par jour ? : Depuis combien d'années ?

Consommez-vous de l'alcool ?

oui non occasionnellement

Si oui, combien de verres par jour ? : Depuis combien d'années ?

Consommez-vous du cannabis ?

oui non

Consommez-vous d'autres toxiques ?

oui non

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà fait de l'eczéma ou de l'urticaire ?

oui non ne sait pas

Avez-vous déjà eu le rhume des foies ?

oui non ne sait pas

Etes-vous allergique à certains médicaments, aliments ou autres produits ?

oui non ne sait pas

Si oui, précisez lesquels : et le type de réaction :

.....

.....

Y a-t-il dans votre famille proche des parents allergiques ?

oui non ne sait pas

Y a-t-il eu pour l'un de vos proches parents un accident allergique au cours d'une anesthésie ?

oui non ne sait pas

Si oui, précisez :



