

## PRISE DE RDV EN LIGNE : [www.cliniquesaintcharles.fr](http://www.cliniquesaintcharles.fr)

### REEMPLIR CE QUESTIONNAIRE AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHESIE ET L'APPORTER LE JOUR DE LA CONSULTATION (MERCİ DE NE PAS L'ENVOYER AU CHIRURGIEN...)

NOM..... PRENOM.....  
Nom de jeune fille ..... Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Poids..... Taille..... Profession.....  
Adresse.....  
Code postal : \_\_\_\_ Ville : ..... tél. : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  
Régime de SS ..... Mutuelle..... CMU.....  
Nature de l'intervention : ..... Chirurgien : ..... Nom Dr traitant.....  
Date de l'intervention : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Date de l'entrée : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Avez-vous déjà été opéré :**  OUI  NON Si OUI veuillez préciser l'opération et l'année

a)..... en..... d)..... en.....  
b)..... en..... e)..... en.....  
c)..... en..... f)..... en.....

Avez-vous reçu du sang ?  OUI  NON

Y a-t-il eu des incidents lors de l'anesthésie?.....  OUI  NON

Y a-t-il eu des incidents dans votre famille lors d'anesthésie?.....  OUI  NON

**Avez-vous déjà fait l'objet d'hospitalisation pour raison médicale:**  OUI  NON Si OUI veuillez préciser

**Quels médicaments prenez-vous actuellement ? indiquez le nom et le dosage**

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

**Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une des affections suivantes ?**

Maladie du cœur ou des artères	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Une maladie musculaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, précisez.....		Affections oculaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Affections respiratoires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Quelle est votre tension habituelle?.....		Autres affections : veuillez préciser.....	
Des syncopes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Mode de vie</b>	
Varices	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Votre consommation d'alcool par jour.....	
Phlébite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Madame prenez-vous la pilule	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Fumez-vous	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
De saignements de nez fréquents ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI combien de cigarettes par jour	
De « bleus » sans vous cogner	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Avez-vous des dents sur pivots ou mobiles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Du diabète	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Êtes-vous allergique ?</b>	
Une maladie de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Avez-vous un rhume des foins, de l'urticaire, de l'eczéma, de l'asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Affection du tube digestif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergie à certains médicaments? Lesquels ?	
- Hernie hiatale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....	
- Ulcères à l'estomac ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergie au LATEX	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Affection hépatique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergie à certains aliments, en particulier : kiwi, banane, châtaigne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Une dépression nerveuse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Supportez-vous les anti-inflammatoires?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Des crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Affections des reins	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
De colique néphrétique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

**APPORTER IMPERATIVEMENT SI VOUS LES AVEZ LORS DE LA CONSULTATION :  
ORDONNANCES, EXAMENS DE LABORATOIRE, VISITE CARDIAQUE.**

DATE

SIGNATURE