

PRISE DE RDV EN LIGNE : 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 OUI NON

Varices OUI NON

Phlébite OUI NON

Embolie pulmonaire OUI NON

De saignements de nez fréquents ? OUI NON

De « bleus » sans vous cogner OUI NON

Du diabète OUI NON

Une maladie de la glande thyroïde OUI NON

Affection du tube digestif OUI NON

- Hernie hiatale ? OUI NON

- Ulcères à l'estomac ? OUI NON

Affection hépatique OUI NON

Une dépression nerveuse OUI NON

Des crises d'épilepsie OUI NON

Affections des reins OUI NON

De colique néphrétique OUI NON

Mode de vie

Votre consommation d'alcool par jour.....

Madame prenez-vous la pilule OUI NON

Fumez-vous OUI NON

Si OUI combien de cigarettes par jour

Avez-vous des dents sur pivots ou mobiles OUI NON

Êtes-vous allergique ?

Avez-vous un rhume des foins, de l'urticaire, de l'eczéma, de l'asthme OUI NON

Allergie à certains médicaments? Lesquels ?

.....

Allergie au LATEX OUI NON

Allergie à certains aliments, en particulier : kiwi, banane, châtaigne OUI NON

Supportez-vous les anti-inflammatoires? OUI NON

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

DATE

SIGNATURE