Clinique des ORMEAUX

QUESTIONNAIRE PRE -OPERATOIRE
CONSULTATION ANESTHESIE

Vous devez prochainement avoir une anesthésie pour une opération chirurgicale ou une exploration. Le médecin anesthésiste que vous verrez en consultation pré-opératoire a besoin de vous connaître le mieux possible, afin de vous proposer l'anesthésie la plus adaptée à votre cas et aux pathologies que vous pouvez présenter. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire de la façon la plus complète possible et si besoin avec l'aide de votre médecin traitant.

NOM de naissance : _____
NOM marital : _____
PRÉNOM : _____
Né(e) le : _____/_____/_____AGE : ____
Vivez-vous seul(e) ? ☐ oui ☐ non

Intervention prévue : _____
Coté : ☐ Droit ☐ Gauche
Date d'intervention : _____/_____/_____
Opérateur : _____
☐ Hospitalisation ☐ Ambulatoire

Vos antécédents chirurgicaux

Votre poids : ..... Votre taille : .....

Avez-vous déjà été opéré (e)? ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser les interventions et les dates :

_____

_____

_____

Avez-vous présenté des complications ?

☐ Nausées ou vomissements importants
☐ Réaction allergique
☐ Saignements
☐ Difficulté d'intubation
☐ Hyperthermie maligne dans la famille
☐ Autres : _____

Vos antécédents médicaux

Allergies

☐ Médicaments ☐ Latex ☐ Produits iodés
☐ Aliments ☐ Autres Préciser :

Cardio vasculaire

☐ Hypertension artérielle ☐ Hypotension artérielle
☐ Angine de poitrine ☐ Infarctus du myocarde
☐ Insuffisance cardiaque ☐ Trouble du rythme
☐ Pontage coronarien / stent
☐ Accident vasculaire cérébral
☐ Phlébite ☐ Embolie pulmonaire
☐ Autre maladie cardiovasculaire : _____
☐ Aucun antécédent cardiovasculaire

Neurologie

☐ Dépression ☐ Epilepsie ☐ Hémiplégie
☐ Traumatisme crânien ☐ Maladie de Parkinson

Hormonal

☐ Diabète ☐ Excès de cholestérol
☐ Problèmes thyroïdiens

Divers

☐ problèmes oculaires (glaucome ; cataracte ?)
☐ problèmes urinaires ? (Colique néphrétique ; lithiase, prostate)
☐ problèmes osseux, articulaires (mal au dos ou à la nuque, sciatique)

Respiratoires

☐ Asthme
☐ Bronchite chronique / BPCO
☐ Emphysème
☐ Apnée du sommeil (diagnostiquée)
☐ Utilisation d'un appareil CPAP/PPC la nuit
☐ Pneumonie récente (moins de 3 mois)
☐ Tuberculose
☐ Difficulté respiratoire à l'effort
☐ Essoufflement au repos
☐ Toux chronique
☐ Infection respiratoire récente (rhume, grippe, COVID-19, bronchite, etc.)
☐ Oxygénothérapie à domicile
☐ Autre maladie respiratoire : _____

Digestifs

☐ Reflux gastro-œsophagien (RGO)
☐ Hernie hiatale ☐ Gastrite
☐ Ulcère de l'estomac ou du duodénum
☐ Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
☐ Maladie du foie (hépatite, cirrhose, stéatose…)

Gynécologie

☐ Problème gynécologique
☐ Nombre de grossesse : _____Nombre enfants : ____
☐ Grossesse pathologique
☐ Césarienne

Clinique des ORMEAUX

QUESTIONNAIRE PRE -OPERATOIRE
CONSULTATION ANESTHESIE

Transfusion

Avez-vous déjà été transfusé (e)?
□ oui □ non
Votre groupe sanguin : _____
Date examen biologique officiel avec deux déterminations de groupe sanguin :
_____/_____/_____

Habitudes de vie

Tabac : ☐ non ☐ oui _____ cigarettes/jour depuis _____ ans
☐ Ancien fumeur (arrêt depuis _____ ans)
Alcool : ☐ Non ☐ Occasionnel ☐ Régulier
Consommation de drogues ou cannabis : ☐ Non ☐ Oui (préciser)
Etes-vous anxieux (anxieuse) ? □ oui □ non
Avez-vous des troubles du sommeil ?

Êtes-vous porteur(porteuse) ?

☐ De lentilles de contact ? ☐ D'une prothèse auditive ?
☐ D'un Pace maker ? Date dernier contrôle : ____/____/____
☐ D'une prothèse valvulaire ?
☐ D'un autre type de prothèse ? si oui à quel niveau ?
_____

Hémostase

Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement ?
☐ oui ☐ non

Avez-vous eu des saignements importants après des soins dentaires ?
☐ oui ☐ non

Faites-vous des hématomes sans vous cogner ?
☐ oui ☐ non

Avez-vous une hémophilie ?
☐ oui ☐ non

Vos dents

Portez-vous un appareil dentaire ?
☐ Non ☐ Oui, fixe ☐ Oui, amovible

Portez-vous un dentier ?
☐ Non ☐ Oui, partiel ☐ Oui, complet

Avez-vous des dents :
☐ Mobiles ☐ Cassées ☐ Fragiles

Avez-vous des
☐ Couronnes ☐ Bridges ☐ Implants
☐ Facettes

Avez-vous une limitation de l'ouverture de la bouche ?
☐ Oui ☐ Non



Vos médicaments

Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire ? ☐ Non ☐ Oui,
Préciser : _____

Prenez-vous un traitement contre le diabète ?
☐ Non ☐ Oui,
Préciser : _____

Nous avons besoin de la copie de l'ordonnance de votre traitement habituel

	Matin	Midi	Soir
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			