

Questionnaire ANESTHÉSIE

Établie sur proposition de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation



IP DPU 63.3 v1 du 31.12.2019

QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

Madame, Monsieur,

Vous devez rencontrer quelques jours avant votre intervention un médecin anesthésiste-réanimateur.

Cette consultation a pour buts :

- D'envisager avec vous quelle anesthésie et quels traitements postopératoires sont les plus adaptés à votre cas,
- De vous en informer,

De répondre au mieux à vos questions sur l'anesthésie. Pour cela, il est important de mieux vous connaître.

Si vous avez à votre disposition :

- Des **courriers** ou **examens de spécialistes** (cardiologue, pneumologue...),
 - Des résultats de **prise de sang**,
 - Des **ordonnances** (prescription de médicaments).
- N'oubliez pas de **LES APPORTER A LA CONSULTATION**.

Voici quelques questions simples. **Merci d'y répondre le plus clairement possible** (vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant ou par un proche).

Vous participerez ainsi à préparer votre rencontre avec l'anesthésiste-réanimateur.

LE QUESTIONNAIRE

NOM d'usage : **Prénom(s)** :

NOM de naissance :

Date de naissance : / / (âge :

Votre **Poids** :

Votre **Taille** :

► De quoi avez-vous déjà été opéré ?

-
-
-

► Avez-vous déjà présenté des difficultés lors d'une anesthésie ? OUI NON

Si OUI, précisez :

► **Prenez-vous des médicaments ?** OUI NON

(APPORTEZ TOUTES VOS ORDONNANCES)

Si OUI, précisez :

- - -
- - -
- - -

► **Avez-vous des maladies particulières ?** OUI NON

Si OUI, précisez :

► **Par quels médecins spécialistes êtes-vous suivi (nom et spécialité) :**

Nom	Spécialité	Date dernière consultation

(APPORTEZ VOS COMPTE-RENDU DE CONSULTATION)

► **Avez-vous déjà été hospitalisé (en dehors des opérations) ?** OUI NON

- -
- -

► **Etes-vous allergique à un médicament ou un aliment ?** OUI NON

- - -
- - -

► **Avez-vous déjà vu un médecin pour un problème de saignement ?** OUI NON

► **Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ?** OUI NON

► **Avez-vous un appareil pour de l'apnée du sommeil ?** OUI NON

► **Avez-vous des dents refaites, changées, déchaussées ou qui bougent ?** OUI NON

► **Avez-vous fumé ou fumez-vous encore ?** OUI NON

► **Avez-vous d'autres addictions (alcool, cannabis, drogues) ?** OUI NON

Date :

Signature :