



ANESTHESIE

Dr Caroline REHÚLKA - Chef de service

Consultations ☎ 02.40.09.44.51

**QUESTIONNAIRE PRE-OPERATOIRE**  
A REMPLIR ET A RAPPORTER LE JOUR DE LA CONSULTATION

I – ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse complète :

II – RENSEIGNEMENTS

- Avez-vous déjà été opéré (e)  
si oui, qu'elle(s) intervention(s) avez-vous subie(s) :

OUI

NON

➤

➤

➤

Lors de précédentes anesthésies générales, vous a  
t'on signalé la survenue d'incidents ou d'accidents

III – CARDIO-VASCULAIRE

- Souffrez-vous de problèmes cardiaques

Si oui, s'agit-il :

\* Angine de poitrine

\* Infarctus du myocarde

\* Hypertension artérielle

\* Œdème pulmonaire

\* Embolie pulmonaire

- Avez-vous fait des phlébites

- Faites-vous de l'artérite

IV – PULMONAIRE

- Fumez-vous

Si oui, combien de cigarettes par jour :

- Faites-vous de la bronchite chronique

- Faites-vous de l'asthme

Si oui, depuis combien de temps :

- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une crise  
d'asthme sévère

Tournez S.V.P.

OUI

NON

V – ALLERGIE

- Etes-vous allergique

Si oui, à quoi :

\* Pollen

\* Graminées

\* Latex

\* Aliments : kiwi, banane, mangue

\* Médicaments

Si oui, lesquels :

VI – ENDOCRINOLOGIE

- Etes-vous diabétique

VII – DIGESTIF

- Avez-vous fait une hernie hiatale

- Avez-vous fait une hépatite virale

- Avez-vous maigri récemment

VIII – NEUROLOGIE

Etes-vous sujet depuis quelques mois ou années à :

- Des troubles de l'équilibre

- Des vertiges

- Des tremblements

Avez-vous été traité(e) pendant l'enfance par :

- Des hormones de croissance

Avez-vous subi :

- Une intervention neuro-chirurgicale  
(sur le cerveau)

Un membre de votre famille est-il décédé de  
la maladie de CREUTZFELD-JAKOB

IX – HEMATOLOGIE

- Existe t'il des hémophiles dans votre famille

- Saigniez-vous beaucoup quand vous vous coupez

X – TRANSFUSION

- Avez-vous déjà été transfusé(e)

XI – BIOLOGIE

- Avez-vous une carte de groupe sanguin

Si oui, vous devrez la présenter lors de la consultation d'anesthésie

XII – TRAITEMENT

- Prenez-vous des médicaments

Si oui, lesquels :

- Avez-vous un médecin traitant

Si oui, pouvez-vous nous donner son nom et adresse  
Docteur