

DOSSIER PREOPERATOIRE D'ANESTHESIE :

Intervention programmée* :

Latéralisation* : G / Dr

Chirurgien**:

Date opératoire* :

Date d'admission *:

* = à remplir par le chirurgien

Votre numéro. de téléphone:

Partie à remplir par le patient impérativement avant la consultation préopératoire. Si vous disposez d'autres éléments importants (résultats d'examens récents, données médicales importantes) veuillez les ramener avec vous le jour de la consultation. Ces résultats peuvent également être obtenus chez votre médecin traitant : vous pouvez donc le visiter avant la consultation pour vous aider à mieux remplir le questionnaire ou pour vous fournir d'autres informations utiles notamment des copies d'examens réalisés.

ANAMNESE

Age : Poids : Taille :
Avez-vous déjà été opéré? Oui Non
Si oui, de quoi ?.....
.....
.....
Avez-vous eu des problèmes au cours de votre intervention? Oui Non
Si oui, lesquels ?.....
.....
.....
Vous a-t-on signalé des problèmes avec l'anesthésie ? Oui Non
Si oui, lesquels ?.....
.....
Un membre de votre famille a-t-il eu des problèmes avec l'anesthésie ? Oui Non
Avez-vous été hospitalisé pour des raisons autres que les interventions ? Oui Non
Si oui, lesquelles ?.....
.....
.....

Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Palpitations ?		
Angine de poitrine ?		
Souffle cardiaque ?		
Infarctus ?		
Hypertension ?		
Hypotension ?		
Etes-vous vite à cours d'haleine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au repos ?		
Après un effort léger ?		
Après 1 volée d'escaliers ?		
Après plusieurs volées ?		
Avez-vous des difficultés respiratoires pendant la nuit ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous les chevilles(ou les pieds) qui gonflent ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait une phlébite (inflammation des veines) et/ou une embolie pulmonaire?		
Si oui, quand ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'asthme ?		
Si oui, fréquence des crises : combien de crises par mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
A quand remonte la dernière crise ?.....		
Avez-vous eu récemment une infection bronchique ou pulmonaire ?		
Toussez-vous actuellement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de bronchite chronique ?		
Fumez-vous ?		
Si oui, combien de cigarettes par jour ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fumez-vous autre chose que la cigarette ?	Depuis combien de temps ?	
Etes-vous sujet aux apnées du sommeil (arrêt de respiration la nuit) ?		
Avez-vous eu une jaunisse ?		
Avez-vous déjà eu une hépatite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Consommez-vous régulièrement de l'alcool, du vin ou de la bière ?		
Si oui, combien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été en contact récemment avec quelqu'un qui avait une maladie contagieuse ?		
Si oui, laquelle ?.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un ulcère à l'estomac ? Quand ?		
Etes-vous diabétique ?		
Si oui, quels médicaments prenez-vous ?.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de problèmes thyroïdiens ?		
Avez-vous eu des syncopes (perte de connaissance) ?		
Avez-vous eu des convulsions ou des crises d'épilepsie ?		
Si oui, à quand remonte la dernière crise ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une thrombose cérébrale ?		
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

