

- Avez-vous des allergies à des médicaments ? aliments ? latex ? oui non

- Avez-vous des problèmes cardiaques ? oui non
 - Hypertension artérielle ? oui non
 - Souffle au cœur ? oui non
 - Angine de poitrine ou infarctus du myocarde ? oui non
 - Arythmie cardiaque ? oui non
 - Pace maker ? oui non
- Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ? oui non
- Pouvez-vous monter 2 étages d'escaliers sans problème ? oui non
- Avez-vous des problèmes respiratoires ? oui non
 - Asthme ? oui non
 - Bronchite chronique ? oui non
 - Apnées du sommeil ? oui non
- Fumez-vous ? oui non si oui, combien ?
- Consommez-vous d'autres toxiques ? oui non

- Avez-vous du diabète ? oui non
- Avez-vous des problèmes de thyroïde ? oui non
- Avez-vous du cholestérol ? oui non

- Avez-vous des problèmes digestifs ? oui non
 - Ulcère à l'estomac ? oui non
 - Reflux gastro-oesophagien ? oui non
 - Hernie hiatale ? oui non
- Buvez-vous de l'alcool tous les jours ? oui non

- Avez-vous une insuffisance rénale ? oui non
- Faites-vous des infections urinaires à répétition ? oui non
- **Monsieur**, avez-vous des problèmes de prostate ? oui non

- Avez-vous des problèmes neurologiques ? oui non
 - Epilepsie ? oui non
 - Coma ? oui non
 - Accident vasculaire cérébral ? oui non
 - Syndrome dépressif ? oui non

- Avez-vous tendance aux saignements prolongés/inhabituels ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement ? oui non
- Avez-vous une tendance aux ecchymoses/hématomes importants ? oui non
- Avez-vous déjà présenté un saignement prolongé après une extraction dentaire ? oui non
- Avez-vous déjà présenté un saignement important après une chirurgie ? oui non

Madame,

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| - Avez-vous déjà accouché ? | oui | non |
| - Avez-vous déjà fait une hémorragie lors de votre accouchement ? | oui | non |
| - Avez-vous un risque d'être enceinte actuellement ? | oui | non |
| - Avez-vous un moyen de contraception ? | oui | non |
| - Avez-vous un traitement hormonal substitutif ? | oui | non |

- Y a-t-il des maladies génétiques dans votre famille (hémophilie, myopathie, hyperthermie maligne...) ?

oui non

- Avez-vous du glaucome ?

oui non

- Avez-vous des problèmes de dos : hernie discale ? scoliose ? sciatique ?

oui non

- Portez-vous des lentilles de contact ? Des piercings ?

oui non

- Portez-vous des prothèses dentaires ? Pivots ? Bridges ? Implants ?

oui non

Vous êtes informé(e) que le risque de bris dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand si votre dentition est fragile.

- Pensez-vous avoir autre chose à signaler ?

Valider votre questionnaire en cochant la case ci jointe

AUTO-QUESTIONNAIRE PATIENT

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les 15 jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

Symptômes majeurs

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| - Fièvre (température mesurée >37,5°C) | Oui | Non |
| - Toux sèche | Oui | Non |
| - Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) | Oui | Non |
| - Anosmie (perte de l'odorat) | Oui | Non |
| - Agueusie (perte du goût) | Oui | Non |

Symptômes mineurs

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| - Maux de gorge | Oui | Non |
| - Rhinorrhée (« nez qui coule ») | Oui | Non |
| - Douleur thoracique | Oui | Non |
| - Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) | Oui | Non |
| - Altération de l'état général ou fatigue importante | Oui | Non |
| - Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation) | Oui | Non |
| - Céphalées (« maux de tête ») | Oui | Non |
| - Diarrhées | Oui | Non |
| - Nausées et/ou vomissements | Oui | Non |
| - Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main | Oui | Non |

Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) **avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?**

Oui Non

Valider votre questionnaire en cochant la case ci jointe

Merci de l'envoyer à anesthesie@cliniquesaintcharles.fr