



SAINT CHARLES

CLINIQUE CHIRURGICALE - LYON

DEPARTEMENT d'ANESTHESIE REANIMATION - CLINIQUE SAINT CHARLES

25 rue de Flesselles 69001 Lyon – anesthesie@cliniquesaintcharles.fr

Drs C. AUPETIT - R. CAILLIEREZ - H. CUCHE - J. FAVRE FELIX - A. MAATOUG

G. MARIAT - D. ROUSSON - B. REYMOND - G. VAUDELIN

PRISE de RDV en LIGNE UNIQUEMENT sur DOCTOLIB

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à préparer la consultation d'anesthésie.

Merci de le remplir avec soin et/ou avec l'aide de votre médecin traitant, **en ligne sur doctolib** ou le rapporter en consultation d'anesthésie avec ordonnances, derniers résultats d'analyse de biologie médicale, comptes-rendus de consultation cardiologie/pneumologie si vous en avez en votre possession.

Ce document est un élément du dossier médical couvert par le secret professionnel.

NOM PRENOM

Age Poids Taille Profession

Nature et date de la chirurgie

- Quel(s) **médicament(s)** prenez-vous actuellement? (nom, posologie, fréquence ou joindre ordonnance complète)

- Avez-vous pris de l'aspirine ces derniers jours ? oui non

- Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ? oui non

- Une anesthésie locale ? oui non

- Une anesthésie rachidienne (péridurale ou rachianesthésie) ? oui non

- Avez-vous déjà été opéré(e) ? Nature de l'(ou des) intervention(s), date et type d'anesthésie :

- Vous a-t-on signalé des problèmes lors de ces interventions/anesthésies ? oui non

- Avez-vous déjà été transfusé(e) ? oui non

- 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 ?