ANESTHESIE ARCHETTE

Anesthésistes de la clinique de l'Archette
83 rue Jacques Monod 45160 OLIVET
www.anesthesie-archette.fr

ELSAN
CLINIQUE DE L'ARCHETTE

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE

La **consultation pré-anesthésique** est **obligatoire** plusieurs jours avant toute intervention programmée et au moins 10 jours avant, si vous prenez un traitement anticoagulant.

Prenez rendez-vous au plus tôt !	***02.38.51.60.95*** (secrétariat ouvert du lundi au vendredi de 9h-12h 14h-17h30) ***https://monrendezvousdanesthesie.fr/***

IMPORTANT : **Veuillez remplir** très soigneusement ce questionnaire. Il est **indispensable de joindre à ce questionnaire vos ORDONNANCES**, vos examens cardiologiques, vos résultats de laboratoire.

NOM	Prénom
Né(e) le	Profession
Poids	Taille
Médecin Traitant : Cardiologue : Pneumologue :	**Type d'intervention :** **Côté :** **Chirurgien/Opérateur :**

QUELS EXAMENS ET/OU OPERATIONS AVEZ-VOUS EU SOUS ANESTHESIE ?

Date	Opérations ou Examens	Type d'anesthésie (Générale ou Loco-régionale)

Avez-vous eu des effets indésirables ou complications en rapport avec vos anesthésies ? ❒ Allergie ❒ Nausées ou vomissements ❒ Intubation difficile ❒ Bris dentaire ❒ Autres :	Non ❒
Si vous êtes une femme : **Combien d'accouchement avez-vous eu ?** **Avez-vous eu des analgésies péridurales ?** Oui ❒ Non ❒ **Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?** Oui ❒ Non ❒ **Avez-vous une contraception ?** Oui ❒ Non ❒	Non ❒

QUEL EST VOTRE TRAITEMENT ACTUEL ? (Joindre impérativement vos ordonnances)

Nom du médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir

Fumez-vous ou avez-vous fumé ?	Non ❒
❒ Je fume … cigarettes/j depuis … ans ❒ J'ai fumé … cigarettes/j pendant … ans ❒ Cigarette électronique ❒ Cannabis	
Consommez-vous ou avez-vous consommez de l'alcool régulièrement ?	Non ❒
❒ Oui → ❒ Apéritifs ❒ Vin à table	
Avez-vous (eu) des problèmes cardiaques ou d'artères ?	Non ❒
❒Hypertension ❒ Tachycardie ou trouble du rythme cardiaque ❒Pace Maker, Défibrillateur ❒Essoufflement à l'effort ❒Difficulté à monter 2 étages ❒ Infarctus ou angine de poitrine ❒ Pontage ou stents coronariens ❒Atteinte d'une valve cardiaque ❒ Insuffisance cardiaque ❒ Artérite ❒ Pontage ou stents des artères des membres supérieurs ou inférieurs	
Avez-vous (eu) des varices, phlébite ou une embolie pulmonaire ? Une maladie qui les favorise ?	Non ❒
❒ Varices ❒ Phlébites ❒Embolie pulmonaire ❒ Maladie favorisante :	
Avez-vous (eu) des problèmes respiratoires ?	Non ❒
❒Asthme ❒ Bronchites ❒Emphysème ❒ Autres : ❒Apnée du sommeil ❒Apnée du sommeil appareillée	
Avez-vous (eu) des problèmes digestifs ?	Non ❒
❒ Reflux gastrique ❒ Ulcère gastrique ❒ Hernie hiatale ❒ Hépatites ❒Calculs biliaires ❒Cirrhose ❒ Pancréatite ❒ Autres :	
Avez-vous (eu) des problèmes urinaires ?	Non ❒
❒ Insuffisance rénale ❒ Dialyse ❒ Infections ❒Calculs ❒Problèmes pour uriner (prostate) ❒ Autres :	
Avez-vous (eu) des problèmes neurologiques, ORL ou psychiatriques ?	Non ❒
❒ Accident vasculaire cérébral ❒ Epilepsie ❒ Méningites ❒ Migraines ❒ Sclérose en plaques ❒Atteinte des nerfs périphériques ❒Maladie de Parkinson ❒ Maladie d'Alzheimer ❒ Vertiges ❒ Surdité ❒Appareil auditifs ❒ Dépression ❒Consommation de drogues	
Avez-vous (eu) des problèmes osseux, articulaires ou de la colonne vertébrale ?	Non ❒
❒ Arthrose ❒ Sciatique ❒ Scoliose ❒ Autre :	
Avez-vous (eu) des problèmes de diabète, hormonales ou métaboliques ?	Non ❒
❒ Diabète ❒Maladie de la thyroïde ❒ Cholestérol ❒ Maladie des glandes surrénales ❒ Autres :	
Avez-vous (eu) des problèmes ophtalmologiques ?	Non ❒
❒ Glaucome ❒ Décollement de rétine ❒ Cataracte ❒Lentilles de contact ❒ Autres :	
Concernant votre dentition, avez-vous :	Non ❒
❒ Dents déchaussées ❒ Dents mobiles ❒ Dents cassées ❒ Dents restaurées	
❒ Prothèses dentaires ❒ Pivots ❒ Bridges ❒ Implants ❒Facettes ❒ Couronnes	
Avez-vous (eu) des problèmes de coagulation ? Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine ?	Non ❒
❒ Saignements prolongés et/ou inhabituels ayant nécessité une consultation ou un traitement ❒ Hématomes importants (>2 cm) sans choc ou très important pour un choc mineur ❒ Saignement prolongé et/ou important après extraction dentaire ou chirurgie ❒ Maladie connue de la coagulation : ❒ Transfusion sanguine	
Avez-vous déjà été traité pour un cancer ?	Non ❒
❒ Oui → Lequel ? ❒ Chirurgie ❒ Radiothérapie ❒ Chimiothérapie	
Avez-vous des allergies ?	Non ❒
❒ Oui →	
Avez-vous d'autres information à nous communiquer ?	Non ❒
❒ Oui	

Date : **Signature du patient :**