



## 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.

<b>Prenez rendez-vous au plus tôt !</b>	<b>02.38.51.60.95</b> (secrétariat ouvert du lundi au vendredi de 9h-12h 14h-17h00) <a href="https://monrendezvousdanesthésie.fr/">https://monrendezvousdanesthésie.fr/</a>
<b>Pour plus d'informations :</b>	<a href="http://www.anesthesie-archette.com">www.anesthesie-archette.com</a>

**⚠ 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)

<b>Avez-vous eu des effets indésirables ou complications en rapport avec vos anesthésies ?</b> <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Intubation difficile <input type="checkbox"/> Bris dentaire <input type="checkbox"/> Autres :	Non <input type="checkbox"/>
<i>Si vous êtes une femme : Combien d'accouchement avez-vous eu ?</i> Avez-vous eu des analgésies péridurales ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avez-vous une contraception ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

Nom du médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir

