

À rapporter dûment rempli au médecin anesthésiste le jour de la consultation ou de l'intervention. Si nécessaire, votre médecin traitant vous aidera à le remplir.

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / _____	Taille : _____ cm
Contact d'urgence : _____	Poids : _____ kg
Médecin de famille : _____	

Opération prévue : \_\_\_\_\_ Date de l'opération : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom du chirurgien : \_\_\_\_\_

Si cela vous concerne : êtes-vous enceinte ?  Oui  Non  Ne sait pas

Avez-vous des allergies ? Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments ?  Oui  Non

Nom du médicament	Dosage

Avez-vous déjà été opéré ?  Oui  Non

Opération	Année	Anesthésie
		<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Régionale
		<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Régionale
		<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Régionale

Avez-vous eu des complications liées à l'anesthésie ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ?  Nausées / Vomissements  Maux de gorge  Maux de tête  
 Difficultés respiratoires  Vertiges  Autres : \_\_\_\_\_

Des membres de votre famille ont-ils présenté des complications lors d'anesthésie ?  Oui  Non

Buvez-vous de l'alcool quotidiennement ? Si oui, combien ? \_\_\_\_\_  Oui  Non

Fumez-vous de façon régulière ?  Oui  Non

Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues ?  Oui  Non

Avez-vous les dents qui bougent ?  Oui Prothèse dentaire ?  Oui  Non

Êtes-vous ou avez-vous été en traitement pour les maladies ou symptômes suivants :

**Cœur**

- Infarctus, angine de poitrine, arythmies, essoufflement, malformations cardiaques  Oui  Non
- Pouvez-vous monter 2 étages par les escaliers ?  Oui  Non

**Circulation**

- Tension artérielle, haute ou basse  Oui  Non

### Vaisseaux sanguins

- Varices, thromboses, embolie pulmonaire, maladie des artères  Oui  Non

### Poumons et bronches

- Asthme, bronchite chronique, emphysème, embolie pulmonaire, apnée du sommeil, ronflement  Oui  Non

### Tube digestif (estomac, foie, vésicule biliaire)

- Aigreurs, reflux, hernie hiatale, ulcère, vomissements fréquents, calculs biliaires  Oui  Non

### Reins et voies urinaires

- Calculs, infection à répétition, insuffisance rénale  Oui  Non

### Métabolisme

- Diabète, goutte, cholestérol élevé, thyroïde  Oui  Non

### Appareil locomoteur

- Fractures, maladies articulaires, maux de dos, douleurs des épaules  Oui  Non
- Avez-vous une maladie (neuro)-musculaire ?  Oui  Non

### Sang

- Anémie, leucémie, maladies infectieuses, hépatites, HIV  Oui  Non

### Trouble de la coagulation

- Avez-vous déjà consulté un médecin pour un saignement prolongé ou p. ex. saignement de nez ?  Oui  Non
- Tendance à faire des bleus de plus de 2 cm sans choc, ou des hématomes importants après de petits chocs ?  Oui  Non
- Avez-vous consulté votre dentiste pour saignement prolongé après une extraction dentaire ?  Oui  Non
- Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale (p. ex. amygdales ou circoncision) ?  Oui  Non
- Y a-t-il des membres de votre famille suivis pour une maladie responsable de saignements importants (p. ex. maladie de von Willebrand, hémophilie) ?  Oui  Non
- Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes (p. ex. contraception orale, traitement par fer, médicament coagulant, ...) ?  Oui  Non
- Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?  Oui  Non

### Système nerveux

- Attaque, accident vasculaire, épilepsie, paralysie, trouble de la sensibilité, perte de mémoire, migraine  Oui  Non

Souffrez-vous d'une maladie non mentionnée ? Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_  Oui  Non

Commentaires du médecin anesthésiste :

---



---



---

Le/la soussigné confirme avoir lu le fascicule d'information au sujet de l'anesthésie et avoir compris les explications.

Lieu : \_\_\_\_\_

Signature :

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_