

Unidad de Gestión Clínica  
Anestesiología y Reanimación.  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

QUESTIONNAIRE AVANT ANESTHESIE

Nom:.....

AGE:..... POID:..... TAILLE:..... DATE:.....

S'il vos plaît, entourez d'un cercle la réponse adéquate, si vous ne comprenez pas la question passez à la suivante :

1. OUI NON Avez vous un dentier amovible ?
2. OUI NON Êtes vous fumeur?
3. OUI NON Buvez vous des boissons alcoolisée?
4. OUI NON Consommez vous de la drogue?
5. OUI NON Avez vous fréquemment mal à la tête?
6. OUI NON Êtes vous sujet à des pertes de connaissances?
7. OUI NON Êtes vous épileptique ou avez vous subis des convulsions?
8. OUI NON Avez vous subis des attaques cérébrales ou une paralysie partielle?
9. OUI NON Votre tension artérielle est-elle trop élevée?
10. OUI NON Avez-vous eu des palpitations au cœur?
11. OUI NON Avez-vous eu une attaque au cœur?
12. OUI NON Avez-vous souffert d'angine, d'un infarctus du myocarde ou de douleurs de poitrine?
13. OUI NON Utilisez-vous plus d'un coussin pour dormir?
14. OUI NON Avez-vous parfois les pieds gonflés?
15. OUI NON Souffrez-vous d'une maladie du cœur?
16. OUI NON Portez-vous un pace-maker ? Date du dernier contrôle:
17. OUI NON Êtes-vous allergique? Notez à quels produits:
18. OUI NON Souffrez-vous d'asthme?
19. OUI NON Toussez-vous ou expectorez-vous fréquemment?
20. OUI NON Avez-vous souffert d'une pneumonie?
21. OUI NON Avez-vous souffert de tuberculose?
22. OUI NON Avez-vous eu de la fièvre , des frissons ou de la toux les dernières semaines?
23. OUI NON Combien d'étages pouvez-vous monter sans vous reposer?
24. OUI NON Souffrez-vous d'ulcère du duodenum ou de l'estomac?
25. OUI NON Avez-vous fréquemment des aigreurs d'estomac après les repas ou au coucher ?
26. OUI NON Avez-vous eu une hernie? Quel type de hernie ?
27. OUI NON Avez-vous souffert d' hépatite ou de jaunisse?
28. OUI NON Avez-vous des problèmes aux reins ou urinaires?
29. OUI NON Êtes-vous diabétique? Avez-vous trop ou trop peu de sucre dans le sang?
30. OUI NON Avez-vous des problèmes de thyroïde ou de goitre?
31. OUI NON Êtes-vous très nerveux ou souffrez-vous d'insomnie?
32. OUI NON Êtes-vous anémique?
33. OUI NON Avez-vous facilement des hématomes ou saignez-vous plus souvent qu'un autre?
34. OUI NON Êtes vous enceinte ou pourriez vous l'être?
35. OUI NON Avez-vous un problème de colonne vertebrale?
36. OUI NON Avez-vous un handicap physique? Lequel?
37. OUI NON Avez-vous subis une operation? Laquelle? Quand?
38. OUI NON Vous ou quelqu'un de votre famille a-t'il eu un problème d'anesthésie?
39. OUI NON Avez-vous eu une transfusion sanguine? Quand?.....Pourquoi?.....
40. OUI NON Prenez-vous des aspirines ou des anticoagulants?
41. OUI NON Prenez-vous des calmants? Lesquels?