

**CONSULTATION D'ANESTHESIE**  
**CLINIQUE ANDALOUS**  
19 Rue DRISS SLAOUI Tel: 0522362727- 0522393943  
Du Lundi au Vendredi de 14 H-A 18h  
Samedi de 10h a 12h

Chirurgien :

Nom prénom du patient :

Nature de l'intervention :

Date de l'intervention :

## **QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE**

Madame, Monsieur, Veuillez avoir l'obligeance de répondre à ce questionnaire, strictement confidentiel, et destiné à mieux vous connaître, en vue de votre opération et de l'anesthésie qui lui est associée.

Ce questionnaire sera complété par une consultation.

N'oubliez pas de rapporter, lors de votre hospitalisation ce questionnaire et votre bilan biologique. Il est indispensable que vous soyez strictement à jeun depuis la veille minuit.

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Age : ..... Poids : ..... Taille : .....

Date : .....

Questions	Oui	Non
1 - Avez-vous déjà été opéré? Si oui, quelles opérations et en quelle année ?		
2 - Avez-vous eu une anesthésie générale ? Si oui, vous a-t-on signalé un incident?		
3 - Avez-vous eu une anesthésie locale? Si Oui, l'avez vous supportée ?		
4 - Avez-vous déjà été transfusé?		
5 - Lors d'un effort, telle la montée d'un escalier, êtes-vous essoufflé ?		
6 - Devez-vous vous arrêter du fait d'une douleur dans la poitrine ?		
7 - Ressentez-vous des palpitations?		
8- Avez-vous les chevilles qui enflent en fin de journée ?		
9 - Avez- vous été soigné pour le coeur ?		
10 - Etes-vous soigné pour hypertension artérielle ?		
11- Avez-vous été soigné pour les poumons ?		
12 -Avez-vous été soigné pour ulcère digestif ?		
13 - Avez-vous été soigné pour le foie?		
14 - Avez-vous eu une hépatite virale ?		
15 - Avez-vous été soigné pour une maladie des reins ou de la vessie?		
16- Avez-vous été soigné pour les nerfs ?		
17 - Avez-vous eu des pertes de connaissance ?		
18 - Avez-vous tendance à saigner facilement ?		
20 - Avez-vous du diabète ?		
21-Etes-vous allergique? Si oui, à quoi ?		
22 - Y-a-t-il des médicaments que vous ne supportez pas? Si oui, lesquels ?		
23 - Avez-vous de l'asthme?		
24 - Est-ce que vous ronflez la nuit ?		
25 - Avez-vous un rhume des foins, de l'urticaire, de l'eczéma ?		
26 - Fumez-vous régulièrement Si oui, Quelle quantité?		
27 - Prenez-vous souvent des boissons alcoolisées ?		
28 - Pratiquez-vous du sport? Si oui, lesquels ?		
29 - Portez-vous des verres de contact?		
30 -Avez-vous une prothèse dentaire ?		
31 - Prenez-vous régulièrement des médicaments ?		
32 - Pourrez-vous donner la liste et des doses de médicaments que vous prenez actuellement ?		
33 - Avez-vous pris de l'aspirine ?		
34 - Pour les femmes : Citez le nombre de grossesses et de fausses couches Etes-vous enceinte ? Prenez-vous des contraceptifs (Pilule) ?		
35 - Avez-vous d'autres remarques à faire sur votre état de santé ?		