

# CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE CHARCOT

51-53, RUE COMMANDANT CHARCOT - 69110 SAINTE-FOY-LÈS-LYON  
SECRETARIAT D'ANESTHÉSIE – TÉL : 04 72 32 69 69 - FAX : 04 72 57 75 55

## QUESTIONNAIRE D'ANESTHÉSIE

*Afin de mieux vous connaître sur le plan médical et en vue de votre intervention,  
nous vous remercions de répondre à ce questionnaire.*

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  féminin  masculin

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Médecin traitant : Dr .....

Téléphone : .....

Chirurgien : Dr .....

Anesthésiste : Dr .....

Intervention prévue : .....

Date : .....

Mode d'hospitalisation :  Ambulatoire  > 24h00

Anesthésie proposée :

AL  AL + sédation  AG  LOCO-R  TOPIQUE

Votre poids .....

Taille : .....

Transfusions:  oui  non  ne sait pas

Si oui, au cours des 6 derniers mois ?  oui  non

Vaccin antitétanique :  oui  non Date du dernier rappel : .....

Habitudes : Tabac :  oui  non Alcool ou autres :

Opérations antérieures : .....

.....

.....

.....

.....

Anesthésies antérieures :  générale  locale  loco-R (y compris Rachi-péridurale)

Incidents anesthésiques personnels ou familiaux :  oui  non

(ex. : vomissements, hypotension, troubles de mémoire, hémorragie, autres : .....) )

Traitements habituels ou occasionnels (posologie) (par exemple : aspirine, pilule, somnifères) :

*Si oui, apportez vos ordonnances (ou photocopies).....*

.....

.....

.....

Antécédents médicaux (cocher si vous avez présenté ou si vous souffrez de cette affection actuellement) :

Asthme :  oui  non Bronchite chronique :  oui  non

Eczéma ou urticaire :  oui  non Emphysème :  oui  non

Rhume des foins :  oui  non Pneumothorax :  oui  non

Allergies :  oui  non Dyspnée (essoufflement) :  oui  non

Causes : .....

Apnées du sommeil :  oui  non

Œdème de Quincke :  oui  non Tuberculose :  oui  non

Hypertension : .....  oui  non

Angine de poitrine : .....  oui  non

Infarctus : .....  oui  non

Stent(s) coronaires: .....  oui  non

Palpitation, Troubles du rythme  oui  non

Pacemaker (pile) : .....  oui  non

Œdème pulmonaire : .....  oui  non

Embolie pulmonaire : .....  oui  non

Varices ou varicosités : .....  oui  non

Phlébite : .....  oui  non

Artérite : .....  oui  non

Infections urinaires : .....  oui  non

Coliques néphrétiques (calculs):  oui  non

Insuffisance rénale : .....  oui  non

Dialyse (rein artificiel) : .....  oui  non

Autres : .....

Traumatismes crâniens / coma:.....  oui  non

Accident vasculaire cérébral : .....  oui  non

Convulsions - Épilepsie : .....  oui  non

Vertiges : .....  oui  non

Sclérose en plaque : .....  oui  non

Myasthénie/myopathie : .....  oui  non

Parkinson : .....  oui  non

Maladie d'Alzheimer : .....  oui  non

Migraines : .....  oui  non

Dépression nerveuse : .....  oui  non

Insomnie : .....  oui  non

Tétanie ou spasmophilie : .....  oui  non

Prothèses dentaires : mobiles .....  haut  bas

fixes .....  haut  bas

Canines ou incisives (*si fragilité risque de traumatisme dentaire augmenté, voir dentiste avant l'anesthésie*)

(pivots, porcelaines) : .....  haut  bas

Dents mobiles / déchaussées : .....  oui  non

Fractures des maxillaires : .....  oui  non

Difficultés à ouvrir la bouche : .....  oui  non

Ulcère : estomac - duodénum : .....  oui  non

Hernie hiatale /Reflux : .....  oui  non

Hépatite (jaunisse) : .....  oui  non

Diabète : .....  oui  non

Problème thyroïdien : .....  oui  non

Cholestérol : .....  oui  non

Nombre d'enfants : .....

Nombre de grossesses : .....

Interruption de grossesse : .....

Nombre de césariennes : .....

Date des dernières règles : .....

Stérilet : .....

Traumatisme de la colonne : .....  oui  non

Hernie discale : .....  oui  non

Arthrose cervicale, lombaire : .....  oui  non

Scoliose : .....  oui  non

Sciatique : .....  oui  non

Paralysies : .....  oui  non

Rhumatismes - Polyarthrite : .....  oui  non

Amaigrissement : .....  volontaire  involontaire

Mal des transports  oui  non

Œil : Glaucome : .....  OD  OG

Thrombose artère ou veine rétine:  OD  OG

Port de lentilles : .....  OD  OG

Coagulation : saignements abondants

- nasal : .....  oui  non

- après extraction dentaire : .....  oui  non

- après chirurgie : .....  oui  non

Hémophilie/ Willebrand : .....  oui  non

Hématomes faciles (bleus) : .....  oui  non

Problèmes infectieux : nez, gorge, oreilles : .....

Troubles de l'audition : .....

Autres maladies ou motifs d'hospitalisation : .....

.....

Maladies tropicales : paludisme, amibiase, typhoïde, autres... ..

.....

<b>Apportez le jour de l'hospitalisation ou de la consultation d'anesthésie</b>	<b>1- Ce questionnaire rempli</b> (avec l'aide de votre médecin traitant si besoin)	<input type="checkbox"/>
	<b>2- Vos cartes de groupage, de vaccination, carnet de santé</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>3- Vos examens de laboratoire récents</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>4- Consultation cardiologie, radiographies (poumons, autres)</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>5- Ordonnances de médicaments ou photocopies</b>	<input type="checkbox"/>