

Hôpital d'Instruction des Armées PERCY  
101, avenue Henri Barbusse  
92 141 Clamart Cedex  
☎ 0141 46 63 51

## QUESTIONNAIRE EN VUE DE VOTRE ANESTHESIE

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître. Merci de remplir ce questionnaire et de vous munir :

- De vos ordonnances de médicaments
- De vos comptes rendus de consultation de votre cardiologue, pneumologue et comptes rendus d'hospitalisation
- Des comptes rendus d'examens complémentaires (dernier électrocardiogramme, échographie cardiaque, épreuve d'effort)

Si vous avez des difficultés pour remplir ce questionnaire, faites vous aider par votre entourage ou par votre médecin traitant.

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Age : \_\_\_\_\_ ans  
Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm  
Profession : \_\_\_\_\_  
Tél. personnel : \_\_\_\_\_

Intervention chirurgicale prévue : \_\_\_\_\_

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

Date de l'intervention : \_\_\_\_\_

Hospitalisation prévue en :  Ambulatoire  Hospitalisation complète

### TRAITEMENTS ET MEDICAMENTS

Prenez-vous des médicaments ? (y compris injections, pommades, collyres, homéopathie)

Notez dans le tableau suivant, le nom en majuscule ainsi que les doses du matin, midi et soir.

MEDICAMENT	Dosages	Matin	Midi	Soir	Nuit

Certains des médicaments que vous prenez habituellement ou occasionnellement doivent être arrêtés avant l'intervention. Le médecin anesthésiste vous précisera les modifications de votre traitement habituel.

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX ET ANESTHESIQUES**

Année	INTERVENTIONS CHIRURGICALES (sous anesthésie générale ou locale)

A cette occasion, y a-t-il eu un problème d’anesthésie (nausée, vomissement, intubation difficile, accidents graves, autres) ? Si oui, lesquels : .....  oui  non

Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?  Ne sait pas  oui  non

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

Y a-t-il des maladies particulières dans votre famille (sang, muscle, neurologie) ?  oui  non

Un membre de votre famille a-t-il eu un problème au cours de l’anesthésie ?  oui  non

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

Etes-vous allergiques ? Si oui, à quoi : .....  oui  non

*MALADIE VEINEUSE THROMBO-EMBOLIQUE*

Avez-vous eu une phlébite ou une embolie pulmonaire ?  oui  non

*ADDICTIONS*

Fumez-vous ?  oui  non

Buvez vous de l’alcool de façon excessive ?  oui  non

Consommez vous d’autres stupéfiants ?  oui  non

*CŒUR et RISQUE CARDIO\_VASCULAIRE*

Avez-vous de l’hypertension artérielle ?  oui  non

Avez-vous fait un infarctus ou de l’angine de poitrine ?  oui  non

Avez vous des palpitations ou des troubles du rythme cardiaques ?  oui  non

Avez-vous eu d’autres problèmes cardiaques ?  oui  non

Etes vous diabétique ?  oui  non

Si oui : HbA1C% : .....

*POUMON*

Faites- vous ou avez-vous fait de l’asthme ou bronchite chronique ou de l’apnée du sommeil ?  oui  non

Avez-vous d’autres problèmes pulmonaires ?  oui  non

*DIGESTIF*

Avez-vous des problèmes d’estomac (ulcère, hernie hiatale, reflux) ?  oui  non

Avez-vous déjà eu une hépatite ?  oui  non

*AUTRES*

Avez-vous une maladie neurologique (AVC, épilepsie, sclérose en plaque, migraine) ?  oui  non

Avez-vous une insuffisance rénale ?  oui  non

Avez-vous déjà été hospitalisé en réanimation ?  oui  non



# jeûne pré-opératoire

**VOUS AVEZ LE DROIT DE :**

**Manger**



**jusqu'à 6h**

avant une chirurgie programmée



**Boire des liquides clairs**

(eau, jus de fruits sans pulpe, thé ou  
café sans lait)

**jusqu'à 2h**

avant une chirurgie programmée

**Mâcher du chewing-gum**

**juste avant**

une intervention