



## Questionnaire pré-anesthésique

à remplir par l'utilisateur

Intervention prévue: \_\_\_\_\_

Veillez indiquer: Votre âge: \_\_\_\_\_ Votre poids: \_\_\_\_\_ Votre taille: \_\_\_\_\_

**S.V.P. veuillez lire le questionnaire et indiquer tout problème particulier se rapportant à votre état de santé.**

	oui	non	Expliquez
1) Avez-vous déjà reçu une anesthésie?			
2) Avez-vous déjà eu des complications reliées à une anesthésie (réveil tardif, fièvre inexpliquée, jaunisse, vomissements, intubation difficile)?			
3) Dans votre famille, quelqu'un a-t-il déjà eu des complications reliées à une anesthésie? (hyperthermie maligne ou pseudocholinestérose)			
4) Souffrez-vous de limitation dans l'ouverture de la bouche ou dans les mouvements du cou?			
5) Avez-vous actuellement des dentiers, des ponts, des couronnes, des dents branlantes, un appareil auditif, des verres de contact?			
6) Faites-vous des ALLERGIES aux médicaments ou autre substance? (ex: pénicilline, aspirine, iode, diachylon,...)			
7) Prenez-vous des médicaments actuellement? Lesquels?			
8) Dans le passé ou actuellement, avez-vous déjà été atteint des maladies suivantes:			
<b>A)</b> Maladie pulmonaire: asthme, bronchite, emphysème, tuberculose, grippe récente? (préciser date)			
<b>B)</b> maladie du cœur: angine, infarctus, arythmie, maladie valvulaire, hypertension artérielle?			
<b>C)</b> diabète?			
<b>D)</b> souffrez-vous de problème liés à la digestion: reflux gastrique ou ulcère d'estomac?			
<b>E)</b> maladie de la thyroïde, hypophyse, surrénale?			

<b>F)</b> maladie du rein (infection, insuffisance, dialyse)?			
<b>G)</b> maladie du foie (cirrhose, hépatite, jaunisse, malaria)?			

	oui	non	Expliquez
<b>H)</b> maladie des muscles ou des os? (polyarthrite rhumatoïde, dystrophie musculaire)			
<b>I)</b> maladie du système nerveux, épilepsie, convulsion, paralysie/acv, perte de conscience, migraine			
<b>J)</b> anémie, saignement prolongé lors de blessures ou d'extractions dentaires, ecchymoses fréquentes (bleus)?			
<b>K)</b> avez-vous déjà reçu des transfusions sanguines: si oui, quand?			
<b>L)</b> autre maladie?			
9) Si de sexe féminin, y a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte? S'il y a un doute concernant une possibilité de grossesse la journée de votre admission, avisez votre infirmière dès votre arrivée.			
10) Avez-vous déjà pris de la cortisone par la bouche? si oui, quand?			
11) Avez-vous déjà été traité pour un cancer avec de la chimiothérapie ou de la radiothérapie?			
12) Faites-vous usage de tabac, alcool ou drogues?			
13) Avez-vous souffert d'un rhume ou d'une grippe dans les deux dernières semaines?			

Je certifie avoir rempli le questionnaire au meilleur de ma connaissance et avoir lu attentivement les **instructions relatives à toute anesthésie générale, régionale ou autres.**

Signature de l'utilisateur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_