ELSAN
HÔPITAL PRIVÉ
OCÉANE

Questionnaire médical pré-anesthésique
Hôpital Privé Océane, Vannes

EN DPA 012 Version n°6
Avril 2018

Pour que votre anesthésie se déroule dans les meilleures conditions de sécurité, il est essentiel que le médecin anesthésiste connaisse au mieux votre passé médical et chirurgical.
Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire (au besoin avec l'aide de votre médecin traitant) et **de le rapporter lors de la consultation d'anesthésie**, ainsi que les examens complémentaires médicaux dont vous disposez (carnet de santé pour les enfants, **carte de groupe sanguin**, résultats biologiques, compte-rendu de cardiologie) et les **ordonnances des médicaments que vous prenez.**

Age :	**Poids :**	**Taille :**

Quels médicaments prenez-vous actuellement ?			
Joindre la prescription	Matin	Midi	Soir

Avez-vous déjà été opéré(e) ?	
Année	Interventions

Complication lors d'opérations ?	Oui☐	Non ☐
Précisez :		
Complication lors d'anesthésies ?	Oui☐	Non ☐
Précisez :		
Un parent aurait-il présenté un problème grave lors d'une anesthésie (hyperthermie maligne...)?		
Précisez :		

Avez-vous déjà hospitalisé(e) ? (en dehors des opérations)		
Après un accident ?		
Précisez :		
Après une maladie ?		
Précisez :		

Pour les femmes		
Nombre de grossesse		
Nombre d'accouchement		
Êtes-vous enceinte ?	Oui☐	Non ☐
Prenez-vous un contraceptif ?	Oui☐	Non ☐
Portez-vous un stérilet (ou implant) ?	Oui☐	Non ☐

Avez-vous des allergies ?		
À des médicaments ?	Oui☐	Non ☐
Précisez		
Latex (caoutchouc)	Oui☐	Non ☐
Alimentaire		
Précisez		
Eczéma	Oui☐	Non ☐
Urticaire	Oui☐	Non ☐
Rhume des foins	Oui☐	Non ☐
Oedème de Quincke	Oui☐	Non ☐

Portez vous un appareil dentaire ?	Oui☐	Non ☐
Avez-vous des pivots/bridges ?	Oui☐	Non ☐
Avez-vous des dents mobiles (canine ou incisive)?	Oui☐	Non ☐
Prothèse auditive	Oui☐	Non ☐

Un parent serait-il atteint par une des maladies suivantes ?		
Porphyrie	Oui☐	Non ☐
Myopathie	Oui☐	Non ☐

Avez-vous eu ou avez-vous un des problèmes de santé suivant ?		
Maladies du cœur et/ou des vaisseaux		
Hypertension artérielle	Oui☐	Non ☐
Infarctus ou angine de poitrine	Oui☐	Non ☐
Souffle au cœur	Oui☐	Non ☐
artérite	Oui☐	Non ☐
Œdème pulmonaire	Oui☐	Non ☐
Pace maker	Oui☐	Non ☐
palpitations	Oui☐	Non ☐
Essoufflement à l'effort	Oui☐	Non ☐
Syncopes	Oui☐	Non ☐
Varices	Oui☐	Non ☐
Phlébite	Oui☐	Non ☐
Embolie pulmonaire	Oui☐	Non ☐
Maladies pulmonaires		
Bronchite chronique	Oui☐	Non ☐
Asthme	Oui☐	Non ☐
Tuberculose pulmonaire	Oui☐	Non ☐
Exposition professionnelle	Oui☐	Non ☐
Apnée du sommeil	Oui☐	Non ☐
Maladies de l'estomac ou du foie		
Ulcère de l'estomac	Oui☐	Non ☐
Gastrite	Oui☐	Non ☐
Hernie hiatale	Oui☐	Non ☐
Reflux acide	Oui☐	Non ☐
Hépatite ou jaunisse	Oui☐	Non ☐
Maladies neurologiques		
Épilepsie	Oui☐	Non ☐
Coma	Oui☐	Non ☐
Attaque ou accident cérébral	Oui☐	Non ☐
Migraine	Oui☐	Non ☐
Dépression	Oui☐	Non ☐
Sciatique/maladie de la colonne vertébrale	Oui☐	Non ☐
Autre maladie neurologique	Oui☐	Non ☐
Maladies endocriniennes ou métaboliques		
Diabète non insulinodépendant	Oui☐	Non ☐
Diabète insulinodépendant	Oui☐	Non ☐
hypercholestérolémie	Oui☐	Non ☐
Maladie de la thyroïde	Oui☐	Non ☐
Maladies urinaires		
Infections urinaires à répétition	Oui☐	Non ☐
Difficultés à uriner	Oui☐	Non ☐
Coliques néphrétiques	Oui☐	Non ☐
Insuffisance rénale	Oui☐	Non ☐
Autres maladies particulières		
Glaucome	Oui☐	Non ☐
Lentille de contact	Oui☐	Non ☐
Hémochromatose	Oui☐	Non ☐
Sérologie HIV+/SIDA	Oui☐	Non ☐

Habitudes de vie		
Consommation quotidienne d'alcool (plus d'une bouteille de vin)?	Oui☐	Non ☐
Fumez-vous ?	Oui☐	Non ☐
Nombre de cigarette par jour : Nombre approximatif d'années:		
Consommez-vous des drogues ?	Oui☐	Non ☐

Anomalie de la coagulation		
Avez-vous déjà présenté ?		
Un saignement prolongé nécessitant une consultation médicale ou un traitement (saignement de nez, petite coupure, extraction dentaire, saignement gynécologique pour les femmes)	Oui☐	Non ☐
Des hématomes importants pour des chocs mineurs	Oui☐	Non ☐
Une hémorragie après une opération ou un accouchement	Oui☐	Non ☐
Parents proches ayant une maladie hémorragique (hémophilie)	Oui☐	Non ☐
Avez-vous déjà été transfusé(e) ?	Oui☐	Non ☐
Précisez (date, circonstance) :	Oui☐	Non ☐

Qualité du sommeil		
Ronflez-vous ?	Oui☐	Non ☐
Vous endormez-vous facilement dans la journée ?	Oui☐	Non ☐

Pensez-vous avoir autre chose à signaler ?

Nom : Date : Signature :

Prénom :