

Votre rendez-vous d'anesthésie est prévu le : àheures.....

Avec le docteur :

BATIMENT n°6 – 1^{er} étage

S.E.L.A.R.L. CONVERGENCE (C.O. n° 10)

Société de Médecins Spécialistes en Anesthésiologie-Réanimation

Nouvelles Cliniques Nantaises – 3 Rue Eric Tabarly – 44277 NANTES cedex 2

Tél. 0 228 255 169 - Fax. 0 228 255 184

Médecins anesthésistes-réanimateurs :

Docteur Nicolas BAZIN
Docteur Jean BECHWATI
Docteur Jérémy BLANCHARD
Docteur Monique COISY
Docteur Nicolas FAUCHOUX
Docteur Julien FRAPPIER
Docteur Yvon GEFFROY
Docteur Yvon GOARIN
Docteur Dominique LAPLANCHE- MOREAU
Docteur Frédéric LEBRETON
Docteur Anne LE CORRE
Docteur Olivier LEJEUNE
Docteur Patrick MAGERAND
Docteur Alain PERON
Docteur Yves PICHON
Docteur Denis PORTIER
Docteur Pascale SALAUN
Docteur Richard SANCHEZ
Docteur Dominique SOULARD

Nom – Prénom

Téléphone

Médecin traitant

Nom du chirurgien

Nature de l'intervention

Date de l'intervention

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître en vue de votre anesthésie. Merci de le remplir avec soin **et de le rapporter lors de votre consultation d'anesthésie ainsi que les ordonnances de vos traitements en cours.**

Age : Poids : Taille : Profession :

❖ Veuillez inscrire les différentes interventions chirurgicales dont vous avez bénéficié, ainsi que les techniques anesthésiques. Y a-t-il eu des complications ? Pour les femmes, avez-vous eu des grossesses, des accouchements sous péridurale?

_____ | _____
_____ | _____

❖ Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, quels en sont les effets ? (asthme, urticaire, rhume des foins, œdème de Quincke, autres...).
Nommez le nom du produit, aliment ou médicament auquel vous êtes susceptible d'être allergique.

_____ | _____
_____ | _____

❖ Avez-vous été transfusé(e) ? Oui Non si oui, à quelle occasion?

❖ Pensez-vous avoir des problèmes de coagulation (saignements, hématomes) ? Oui Non

❖ Avez-vous des problèmes cardiaques ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

_____ | _____
_____ | _____

Quel est le nom de votre cardiologue traitant :

❖ Avez-vous déjà fait des phlébites ? Dans quelles circonstances ? Oui Non

Si oui, à quelles dates ?-----

❖ Avez-vous des problèmes respiratoires ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

_____|_____

Quel est le nom de votre pneumologue traitant :-----

❖ Etes-vous fumeur ? Oui Non

Si oui, combien de cigarettes par jour, et depuis quand :

❖ Avez-vous des problèmes digestifs ? Oui Non

Des brûlures d'estomac avec certains médicaments (anti-inflammatoires) Oui Non

_____|_____

❖ Avez-vous été hospitalisé à l'étranger durant l'année précédant votre opération ? Oui Non

❖ Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé importants ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

_____|_____

❖ Y a-t-il dans votre famille des problèmes de santé éventuellement héréditaires ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

_____|_____

❖ Portez-vous des prothèses ? (Prothèses dentaires amovibles, des dents sur pivot, des prothèses auditives ...) Oui Non

Si oui, lesquelles ?

_____|_____

POUR LES FEMMES

POUR LES HOMMES

Etes-vous enceinte ? Oui Non
ou susceptible de l'être?

Avez-vous un problème de prostate ? Oui Non

Prenez-vous la pilule ? Oui Non

Information Patient sur l'anesthésie

Je soussigné(e)-----, certifie qu'il m'a été remis avec le questionnaire d'anesthésie, un document d'information médicale sur l'anesthésie et en avoir pris connaissance en vue de la consultation d'anesthésie, et donne mon accord pour la réalisation de l'anesthésie.

A Le/...../.....

Signature :