

Questionnaire d'anesthésie

Madame, Monsieur,

Vous allez subir une intervention sous anesthésie. Afin de faciliter votre prise en charge, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le ramener le jour de votre consultation.

Souffrez-vous d'une maladie chronique ou aiguë ?

☐ oui

☐ non

Si oui, la ou lesquelles ?

Avez-vous des allergies ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquelles ?

Prenez-vous des médicaments ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquels ?

Avez-vous déjà eu des opérations ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous déjà eu des anesthésies ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous déjà eu des problèmes liés à l'anesthésie ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquels ?

Lieu :, date :

Nom et prénom : signature :