

Questionnaire d'anesthésie

Madame, Monsieur,

Vous, ou votre enfant, allez subir une intervention/un examen sous anesthésie.

Afin de faciliter votre prise en charge, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le présent questionnaire et de l'apporter avec vous le jour de la consultation prévue avec le médecin anesthésiste.

Poids :

Taille

Etes-vous actuellement suivi ou traité pour un problème de santé? oui non

Si oui, lequel ?

Avez-vous des allergies ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? oui non

Si oui, lesquels ?

Avez-vous déjà eu des opérations ? oui non

Si oui, lesquelles et quand ?

Avez-vous déjà eu des anesthésies ? oui non

Si oui, de quel type ?

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

Si oui, lesquels ?

Si votre médecin-traitant a effectué récemment des examens de laboratoire ou un électrocardiogramme, ou si vous avez bénéficié de consultations spécialisées (cardiologie, pneumologie, neurologie, etc.) nous vous prions de lui demander des copies que vous nous apporterez lors de votre consultation.

Le/la patient-e, ou le/la représentant-e légal-e Date Signature

Personne proche de référence: Nom N°de téléphone