# 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 représant-e légal-e** Date ..... Signature .....

**Personne proche de référence:** Nom..... N°de téléphone.....

. Réf Opale : 450778