



QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

(Merci de le remplir au recto et au verso et de l'apporter impérativement le jour de la consultation d'Anesthésie)
Vous pouvez vous faire aider de votre médecin traitant

Nom et Prénom : Âge : Poids : Taille :

Profession :

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'une intervention chirurgicale dans notre centre. À ce titre, et pour mieux vous préparer, vous allez devoir, au préalable, venir en consultation d'anesthésie (merci de prendre rendez-vous au **04.72.38.48.69**).

Toute anesthésie générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent programmé, nécessite **une consultation spécifique** plusieurs jours à l'avance, où pourront vous être prescrits des examens et bilans complémentaires.

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de cette consultation et de la visite pré-anesthésique, vous serez informé **des différentes techniques d'anesthésie** possibles et **adaptées à votre cas**. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. À cette occasion, vous serez amené à exprimer vos préférences, au cours du dialogue avec le médecin.

Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et des résultats des examens complémentaires éventuellement prescrits. Vous rencontrerez à nouveau un médecin anesthésiste lors de votre hospitalisation (visite pré-anesthésique). Le médecin qui assurera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation ou en visite pré-anesthésique, mais il disposera de votre dossier médical. En cas de nécessité, il pourra être amené à modifier la technique prévue initialement et vous en informera, sauf en cas d'urgence.

• **Citez toutes vos interventions sous anesthésie générale, locorégionale ou locale** (merci de préciser l'année des interventions) :

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Des nausées ou des vomissements au réveil ? Oui Non

• Problèmes Allergiques

Avez-vous déjà présenté des allergies ? Oui Non

Si oui, avec quel médicament, aliment ou produit ?

.....

.....

Comment s'est manifestée cette allergie ?

.....

.....

• Transfusions

Avez-vous déjà été transfusé ? Oui Non

Si oui, quand et à quelle occasion ?

• Tabac

Fumez-vous ? Oui Non

Si oui, combien de cigarettes/j ? :

• Alcool

Buvez-vous régulièrement de l'alcool ? Oui Non

Si oui, quantité et fréquence ? :

• Cannabis

Consommez-vous du cannabis ? Oui Non

• Autre

Consommez-vous d'autres toxiques ? Oui Non

Si oui, précisez :

• **Traitement actuel** (notez vos traitements ci-dessous & apportez impérativement votre ordonnance à la consultation d'anesthésie)

Nom du médicament & dosage	Matin	Midi	Soir

Nom du médicament & dosage	Matin	Midi	Soir

