

**CLINIQUE SAINTE ISABELLE - 80100 ABBEVILLE**  
**DOCTEURS LE BARZIC – SAKR – FOURNIER – DELEPORTE**

**Ce questionnaire est très important. Il est destiné à mieux vous connaître avant votre anesthésie.  
 Il doit être rempli sérieusement par la personne bénéficiant de l'anesthésie ou son médecin traitant.**

Nom:	Prénom :	Age :	Poids:	Taille :	OUI	NON
→ Quel est le nom de votre médecin traitant ?.....						
→ Prenez vous des médicaments ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Médicaments qui fluidifient le sang ? (aspirine, plavix, préviscan, sintrom) Lequel?.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Autres médicaments (veuillez indiquer le nom, le dosage et le moment de prise)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous déjà été opéré ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Si oui, quelles interventions et en quelle année ?						
→ Avez-vous eu des problèmes liés à l'anesthésie ? Lesquels ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez vous le mal des transports?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des allergies ? (Médicaments, Latex, Iode....) Lesquelles ?.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Existe-t-il dans votre famille proche des problèmes médicaux graves ou chroniques: (allergies ou autres) Si oui lesquels?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des problèmes respiratoires ? (asthme, bronchite chronique ou autres...)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Etes vous facilement essoufflé ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez des problèmes hématologiques ? (maladie du sang)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des problèmes ophtalmologiques ? (glaucome....)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des problèmes cardiaques ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Hypertension artérielle					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Troubles du rythme cardiaque					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Angine de poitrine, infarctus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Valvulopathie (souffle au coeur)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Pace maker					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des problèmes vasculaires ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Varices					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Phlébite, embolie pulmonaire					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Artérite					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des problèmes digestifs ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Problèmes d'estomac					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Problèmes de foie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
→ Avez-vous déjà été transfusé ? Si oui, Quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des problèmes d'ordre endocrinien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Problèmes de thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous déjà eu des convulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Etes vous traité pour la maladie de Parkinson ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des problèmes de dos ? (lumbago sciatique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous été traité pour petite taille dans votre enfance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous eu une intervention de neurochirurgie avant 1995 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Etes vous anxieux ou dépressif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des maladies rénales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Insuffisance rénale, dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Lithiase (coliques néphrétiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ Prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous une maladie rhumatologique, de l'arthrose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Faites vous du sport ? Si oui, lequel ? Combien d'heures par semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Fumez vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Buvez vu des boissons alcoolisées ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Etes vous fragile des dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous des pivots, des bridges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Portez vous un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Portez vous des lentilles de contact.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Madame, combien avez-vous eu de grossesses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous bénéficié d'anesthésies péridurales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Avez-vous actuellement une contraception ? Pilule O, stérilet O, Autre O, non O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez répondre en cochant la case qui correspond a votre niveau d'anxiété (sachant que 1 représente l'absence totale d'anxiété et 5 une extrême anxiété)

	1	2	3	4	5
Etes vous préoccupé par l'anesthésie?					
Pensez vous continuellement à l'anesthésie?					
Voulez vous en savoir le plus possible sur l'anesthésie?					
Etes vous préoccupé par l'intervention?					
Pensez vous continuellement à l'intervention?					
Voulez vous en savoir le plus possible sur l'intervention?					

	OUI	NON
→ Pourriez vous nous dire si vous souhaitez des informations sur:		
La douleur et son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les différents types d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les moyens utilisés pour l'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les complications communes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prémédication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le lieu où vous vous réveillerez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Date:**

**Signature:**

La consultation préanesthésique est obligatoire depuis 1994, elle donne lieu au paiement d'une consultation de spécialiste(Cs), remboursée par la sécurité sociale.