

## QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

**Important : à remplir et à remettre au secrétariat d'anesthésie au moment de la consultation**

Madame, Monsieur,

Vous avez rendez-vous à la **consultation d'anesthésie (1er étage)** de l'hôpital de **Sélestat**. En arrivant, prévoyez de faire au préalable votre inscription au point d'accueil centralisé situé dans le hall d'entrée (merci de vous munir d'une pièce d'identité, de votre carte Vitale et de votre carte de mutuelle).

Afin de bien préparer cette consultation, merci de bien lire et de répondre le plus précisément possible, s'il le faut avec l'aide de votre entourage et/ou de votre médecin traitant, au questionnaire ci-dessous.

- Quel est votre poids ? ..... Votre taille ? .....
- Veuillez préciser si vous présentez des allergies (*pénicilline, autre antibiotique, iode, aspirine, latex, autre*) ? .....
- Veuillez lister les opérations et les examens sous anesthésie (une coloscopie par exemple) dont vous avez bénéficié dans le passé, en précisant la nature de l'intervention, l'année et s'il y a eu des complications :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tournez la page SVP ↵

- Avez-vous des maladies pour lesquelles vous êtes soigné(e) ?

Diabète                                    oui     non       Maladie du foie    oui     non   
 Hypertension artérielle    oui     non       Maladie des reins    oui     non   
 Maladie respiratoire    oui     non       Maladie des nerfs    oui     non   
 Maladie du cœur            oui     non

- Avez-vous eu ou avez-vous actuellement d'autres maladies ?    oui     non

Précisez lesquelles :

.....  
 .....  
 .....

- Avez-vous été récemment hospitalisé(e) ?    oui     non

Si oui, pour quelle raison et dans quel hôpital ?

.....  
 .....

- Quels médicaments prenez-vous ?

Nom du médicament + dosage	Matin	Midi	Soir	Coucher	

- Avez-vous déjà eu une consultation par un médecin cardiologue ?    oui     non

Si oui, êtes-vous suivi régulièrement ?    oui     non

De quand date votre dernière consultation ? .....

Quel est le nom de votre médecin cardiologue ? .....

- Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine ?    oui     non

- Etes-vous sous tutelle ?    oui     Coordonnées du tuteur : .....

**Important : merci d'apporter votre carte de groupe sanguin (si vous en possédez une) ainsi que vos éventuels bilans sanguins récents, ordonnances de médicaments et courriers de médecins en votre possession.**

Date :

Signature :