médipôle LYON-VILLEURBANNE

ANESTHÉSIE
QUESTIONNAIRE
PRÉ-CONSULTATION

MARVEL
Médecins Anesthésistes Réanimateurs de Villeurbanne et de l'Est Lyonnais

Merci de remplir ce questionnaire et d'apportez votre ordonnance le jour de la consultation

NOM :	AGE :
PRENOM :	POIDS :
PROFESSION :	TAILLE :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

De quoi avez vous déjà été **opéré(e)** :

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Avez-vous déjà eu des **problèmes** pendant l'anesthésie ou au réveil ? ☐ OUI ☐ NON

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

CARDIO-VASCULAIRE		
Hypertension artérielle	☐ OUI	☐ NON
Insuffisance cardiaque	☐ OUI	☐ NON
Infarctus, angine de poitrine	☐ OUI	☐ NON
Infarctus dans la famille avant 55 ans	☐ OUI	☐ NON
Stents, pontage	☐ OUI	☐ NON
Phlébite, Embolie pulmonaire	☐ OUI	☐ NON
Arythmie, Fibrillation Auriculaire, ACFA	☐ OUI	☐ NON
Pacemaker, Défibrillateur, « pile »	☐ OUI	☐ NON
Artériopathie, Problème vasculaire (jambe carotide)	☐ OUI	☐ NON
RESPIRATOIRE		
Asthme	☐ OUI	☐ NON
Apnée du sommeil avec appareil	☐ OUI	☐ NON
Insuffisance respiratoire, oxygène	☐ OUI	☐ NON
Bronchite Chronique, BPCO	☐ OUI	☐ NON
NEUROLOGIQUE		
Épilepsie, Convulsion	☐ OUI	☐ NON
Accident vasculaire cérébral (AVC, AIT)	☐ OUI	☐ NON
Parkinson, Sclérose en Plaque	☐ OUI	☐ NON
Dépression	☐ OUI	☐ NON
Trouble Bipolaire, psychose	☐ OUI	☐ NON
Glaucome	☐ OUI	☐ NON

DIGESTIF		
Ulcère	☐ OUI	☐ NON
Reflux Gastro-oesophagien	☐ OUI	☐ NON
Maladie du Foie, Cirrhose	☐ OUI	☐ NON
Maladie de crohn Rectocolite hémorragique	☐ OUI	☐ NON
REIN / UROLOGIE		
Insuffisance rénale, Dialyse	☐ OUI	☐ NON
Problème de prostate	☐ OUI	☐ NON
Colique néphrétique, Calcul	☐ OUI	☐ NON
ENDOCRINIEN		
Diabète	☐ OUI	☐ NON
Cholestérol, Triglycérides	☐ OUI	☐ NON
Problème de Thyroïde	☐ OUI	☐ NON
INFECTIEUX		
VIH, Hépatite B, Hépatite C	☐ OUI	☐ NON
Hospitalisation pour une infection	☐ OUI	☐ NON
FEMME UNIQUEMENT		
Contraception en cours	☐ OUI	☐ NON
Règles abondantes abondantes prolongées	☐ OUI	☐ NON
Nombre de grossesse / Nombre d'enfant	……	……
Grossesse pathologique	☐ OUI	☐ NON
Hémorragie importante à l'accouchement	☐ OUI	☐ NON

CONCERNANT LE RISQUE ALLERGIQUE

☐ AUCUNE ALLERGIE CONNUE	☐ OUI *précisez* :	☐ Latex	☐ Produit contraste iodé	☐ Colorant, Kiwi, Banane, Oeuf
		☐ Pénicilline	☐ Curares	☐ Autre :

CONCERNANT VOTRE ACTIVITE PHYSIQUE (1 réponse au choix)

☐ **Très bonne à bonne** : monter > 2 étages, marche rapide, randonnée	☐ **Modérée** : monter 2 étages, ménage, jardinage	☐ **Faible** : marche à domicile, toilette, habillage

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ?

☐ NON AUCUNE	☐ Complication anesthésie	☐ Maladie du sang : Hémophilie, Willebrand	☐ Autre
	☐ Œdème Angio-neurotique	☐ Maladie Neuro-Musculaire, Myopathie	

TOXIQUES :

Tabac	☐ STOP depuis.....	☐ OUI	Nombre de cigarettes / jours :	☐ NON Jamais
Alcool	☐ STOP depuis.....	☐ OUI occasionnellement	☐ OUI quotidiennement	☐ NON Jamais
Cannabis	☐ STOP depuis.....	☐ OUI occasionnellement	☐ OUI quotidiennement	☐ NON Jamais
Autre drogue :				

A PROPOS DES SAIGNEMENTS :

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement nez, coupure) ayant nécessité de consultation ou un traitement	☐ OUI	☐ NON
Tendance aux ecchymoses/hématomes importants spontané ou pour un choc mineur	☐ OUI	☐ NON
Saignement prolongé après une extraction dentaire	☐ OUI	☐ NON
Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomies)	☐ OUI	☐ NON
Règles abondantes, prolongées ayant conduit à consulter ou traitement	☐ OUI	☐ NON

PORTEZ VOUS :

Lentilles de contact	☐ OUI	☐ NON
Prothèse auditive	☐ OUI	☐ NON
Matériel métallique dans le corps	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous un appareil dentaire	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous une / des dents fragiles	☐ OUI	☐ NON

A REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS :

Ancien prématuré	☐ OUI	☐ NON
A déjà été hospitalisé	☐ OUI	☐ NON
A déjà fait des bronchiolites	☐ OUI	☐ NON
Problème de développement / Scolarité	☐ OUI	☐ NON
Marche acquise	☐ OUI	☐ NON
Parents fumeurs	☐ OUI	☐ NON

TRAITEMENTS :

Il est impératif d'apporter TOUTES VOS ORDONNANCES pour réaliser la consultation

Pour votre sécurité et pour pour adapter l'anesthésie, n'oubliez le jour de la consultation :

- ☐ ORDONNANCES
- ☐ RESULTATS DE PRISE DE SANG (*si vous en avez des récentes*)
- ☐ CARTE GROUPE SANGUIN (*seulement si vous en avez une*)
- ☐ COMPTE RENDU CONSULTATION (*cardiologue …*)

SITUEZ VOTRE NIVEAU D'ANXIÉTÉ / STRESS POUR L'ANESTHESIE

absence d'anxiété → anxiété maximale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AVEZ-VOUS D'AUTRES CHOSE A NOUS SIGNALER ?

04 78 94 06 06

Messagerie Doctolib

contact@medipoleanesthesie.fr

Envoyez en avance vos documents (Ordo, biologie, compte rendu …)

Pour prendre rendez-vous

Doctolib

Prenez rendez-vous en ligne