

Pour que votre anesthésie se déroule dans les meilleures conditions de sécurité, il est essentiel que le médecin anesthésiste connaisse aux mieux votre passé médical et chirurgical.

Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire (au besoin avec l'aide de votre médecin traitant) et **de le rapporter lors de la consultation d'anesthésie**, ainsi que les examens complémentaires médicaux dont vous disposez (carnet de santé pour les enfants, **carte de groupe sanguin**, résultats biologiques, compte-rendu de cardiologie) et les **ordonnances des médicaments que vous prenez**.

Age :	Taille :	Poids Actuel :
		Poids habituel :

Quels médicaments prenez-vous actuellement ?			
Joindre la prescription	Matin	Midi	Soir

Avez-vous déjà été opéré(e) ?	
Année	Interventions

Complication lors d'opérations ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :		
Complication lors d'anesthésies ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :		
Un parent aurait-il présenté un problème grave lors d'une anesthésie (hyperthermie maligne...)?		
Précisez :		

Avez-vous déjà hospitalisé(e) ? (en dehors des opérations)		
Après un accident ?		
Précisez :		
Après une maladie ?		
Précisez :		

Pour les femmes		
Nombre de grossesse		
Nombre d'accouchement		
Êtes-vous enceinte ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous un contraceptif ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Portez-vous un stérilet (ou implant) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Avez-vous des allergies ?		
À des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez		
Latex (caoutchouc)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Alimentaire		
Précisez		
Eczéma	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Urticaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rhume des foins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oedème de Quincke	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Portez vous un appareil dentaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des pivots/bridges ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des dents mobiles (canine ou incisive)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prothèse auditive	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Un parent serait-il atteint par une des maladies suivantes ?		
Porphyrie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Myopathie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

