



**10. Divers**

- Prenez-vous la « pilule » ? Oui  Non
- Avez-vous un appareil dentaire ? Oui  Non
- Portez-vous des lentilles de contact ? Oui  Non
- Avez-vous un appareil auditif ? Oui  Non
- Etes-vous vacciné contre le Tétanos ? Oui  Non

**Dépistage de la maladie de Creutzfeld-Jacob :**

- Avez-vous eu une greffe de cornée ? Oui  Non
- Avez-vous été traité(e) par des hormones de croissance ? Oui  Non
- Avez-vous eu une opération de Neurochirurgie ? Oui  Non

**11. Traitement en cours**

Merci de nous indiquer les médicaments que vous prenez actuellement :  
(Apportez vos ordonnances)

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

**12. Autres problèmes médicaux**

Avez-vous eu d'autres problèmes médicaux, d'autres hospitalisations, dont vous n'avez pas parlé dans ce questionnaire ?

Maladie de peau : .....  
Rhumatisme : .....

**N'oubliez pas d'amener les examens en votre possession :**  
Prise de sang, électrocardiogramme, radiographies, etc....

**VOTRE SIGNATURE :**

**Hôpital Privé de la Seine Saint-Denis**

7, Avenue Henri Barbusse - 93156 LE BLANC-MESNIL  
TEL : 08.25.74.34.44 - FAX : 01.48.65.44.57  
*Entrée : 12 rue Roger Salomon - 93700 DRANCY*  
*Coordonnées GPS : N / 48° 56' 0907" E / 2° 27' 2313 "*

**QUESTIONNAIRE DE PREANESTHESIE**

Ce questionnaire médical est **personnel** et **confidentiel**.  
Il vous a été remis parce qu'une anesthésie est nécessaire pour l'intervention ou l'examen prévu.

Il est destiné à:

- faciliter votre examen pré-opératoire
- nous faire connaître votre passé médical,  
*afin de vous proposer :*
- la technique d'anesthésie la plus adaptée à votre intervention,
- les soins post-opératoires les plus efficaces.

**Merci de rapporter ce questionnaire complété et signé,  
lors de la consultation d'anesthésie ou lors de votre hospitalisation**

**Consultation d'anesthésie le : ..... à..... heure.**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Age : .....

Poids : ..... Taille : ..... Groupe Rhésus : .....

Profession : ..... Médecin traitant : .....

Consultation demandée par le Docteur : .....

**De quoi doit-on vous opérer ? .....**

Date d'entrée en clinique : ..... /...../.....

Date prévue pour l'opération : ..... /...../.....

## 1. Intervention chirurgicales et Anesthésistes

Avez-vous déjà été opéré(e) ? Oui  Non

Si OUI, de quoi et quand ?

---

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs anesthésies ? Oui  Non

- Anesthésie(s) locale(s) Oui  Non
- Anesthésie(s) générale(s) Oui  Non

Ces anesthésies se sont-elles bien passées ? Oui  Non

Y-a-t'il eut des incidents d'anesthésie dans votre famille ? Oui  Non

## 2. Gynécologie et Obstétrique

Avez-vous déjà accouché ? Oui  Non

Nombre d'enfants : .....

Avez-vous accouché sous « Péridurale » ? Oui  Non

Avez-vous eu une césarienne ? Oui  Non

## 3. Problèmes respiratoires

Fumez-vous ? Oui  Non

Si OUI, combien de cigarettes par jour ?..... Depuis quand ? ...../...../.....

Etes-vous facilement essoufflé(e) ? Oui  Non

Toussez-vous et crachez-vous le matin ? Oui  Non

Avez-vous des crises d'asthme ? Oui  Non

Si OUI, combien avez-vous de crises par mois ?.....

## 4. Problèmes Cardio-vasculaires

Souffrez-vous d'une hypertension artérielle ? Oui  Non

Avez-vous un « souffle au cœur » ? Oui  Non

Avez-vous de l'angine de poitrine ou de l'angor ? Oui  Non

Avez-vous eu un infarctus ? Oui  Non

Avez-vous eu des palpitations ? Oui  Non

Avez-vous eu une syncope ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu des troubles du rythme cardiaque ? Oui  Non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? Oui  Non

Si OUI, pourquoi ?.....

## 5. Problèmes digestifs

Avez-vous eu un ulcère au duodénum ou à l'estomac ? Oui  Non

Avez-vous eu une hépatite virale ? Oui  Non

## 6. Problèmes urinaires

Avez-vous eu des coliques néphrétiques ? Oui  Non

Avez-vous souvent des infections urinaires ? Oui  Non

## 7. Problèmes neurologiques

Avez-vous fait une méningite ? Oui  Non

Avez-vous fait une crise d'épilepsie ? Oui  Non

Avez-vous déjà fait une dépression nerveuse ? Oui  Non

Avez-vous déjà fait une crise de Tétanie ? Oui  Non

Avez-vous eu une sciatique ? Oui  Non

Avez-vous eu un traumatisme crânien ? Oui  Non

Avez-vous eu un autre problème neurologique ? Oui  Non

## 8. Sang et coagulation

Avez-vous déjà eu une phlébite ou une paraplébite ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu une embolie pulmonaire ? Oui  Non

Avez-vous déjà été traité(e) par des anticoagulants ? Oui  Non

Prenez-vous régulièrement de l'Aspirine ou du Ticlid ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine ? Oui  Non

## 9. Problèmes allergiques

Avez-vous déjà eu une des réactions suivantes après prise de médicaments :

- Urticaire Oui  Non
- Œdème (gonflement) ? Oui  Non
- Crise d'asthme (ou gênes respiratoire) ? Oui  Non

Quels médicaments avez-vous pris ?

---

---

Etes-vous allergiques à des aliments ?

Si OUI, lesquels ?.....