

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE REANIMATION

Questionnaire

Polyclinique LES FLEURS Quartier Quiez – BP 100 83192 OLLIOULES CEDEX
Docteurs ADERRAB, BENSMINE, CARPENTIER, DELLA-GUARDIA, FRANCOIS, GIRAUD, GRONLIER, MIMRIC

Tél : 08.26.30.88.00

Fax secrétariat : 04.94.06.81.36

Merci de bien vouloir répondre au questionnaire suivant sans rien oublier afin de nous permettre d'assurer au mieux votre prise en charge.

Nom :

Prénom :

Intervention chirurgicale prévue :

Date prévue:

Date de naissance :

Taille :

Poids :

Profession :

Téléphones :

Médecin traitant :

Cardiologue :

Adresse:

Quel est votre traitement exact actuellement (produits et posologies) :

-
-
-
-
-

Avez-vous déjà été opéré(e) ?

oui

non

Si oui, quelles opérations et dates approximatives ?

-
-
-
-

Avez-vous eu des problèmes au cours d'une anesthésie ? oui

non

Avez-vous déjà entendu les termes de Porphyrie ou d'Hyperthermie maligne dans votre entourage familial ?

oui

non

Avez-vous des prothèses dentaires ?

oui

non

Avez-vous des dents qui bougent ?

oui

non

Portez-vous des lentilles cornéennes ?

oui

non

Portez-vous des prothèses auditives ?

oui

non

Etes-vous sportif?

oui

non

Est-ce que vous fumez ?

oui, combien :

non

Avez-vous déjà fumé?

oui

non

Si oui, combien de paquets/jour et pendant combien d'années ?

Tournez la page SVP

Membre d'une Association agréée par une administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des Honoraires par chèque libellé à son nom

Etes-vous allergique ? oui non

Si oui, à quel(s) produit(s) ? -médicaments :
-alimentaires :
-autres :

Avez-vous des problèmes respiratoires ? oui non

Si oui, lesquels ? -asthme :
-bronchite chronique :
-emphysème :
-autres :

Combien d'étages êtes-vous capable de gravir à votre rythme sans vous arrêter ?

moins de 1. entre 1 et 2. plus de 2.

Avez-vous des problèmes cardio-vasculaires ? oui non

Si oui, lesquels ? -angine de poitrine :
-infarctus :
-troubles du rythme :
-insuffisance cardiaque :
-hypertension artérielle :
-phlébite :
-autres :

Etes-vous diabétique ? oui non

Avez-vous eu un ulcère ou une gastrite ? oui non

Avez-vous une hernie hiatale ou un reflux ? oui non

Avez-vous une hépatite ou autre infection virale en cours ? oui non

Avez-vous du cholestérol ? oui non

Avez-vous des problèmes de saignements fréquents ? oui non

Avez-vous déjà entendu les termes Hémophilie ou Willebrand dans votre entourage familial ? oui non

Avez-vous été transfusé(e) ? oui non

Êtes-vous enceinte ? oui non

Avez-vous une infection en cours ? oui non

Avez-vous d'autres maladies ? oui non

Si oui, lesquels :

Avez-vous des questions concernant votre prise en charge anesthésique?

Merci de ne pas oublier vos prises de sang et vos consultations spécialisées (cardiologie, pneumologie, autres...)

Date : Signature :

Les Anesthésistes Réanimateurs

Membre d'une Association agréée par une administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des Honoraires par chèque libellé à son nom