



# Questionnaire de Pré-anesthésie (suite)

DOCUMENT À RENSEIGNER

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### CARDIAQUES

Infarctus, angine de poitrine  OUI  NON

Palpitations, syncopes  OUI  NON

Pace Maker  OUI  NON

Hypertension artérielle  OUI  NON

Souffle cardiaque  OUI  NON

Phlébite, Embolie pulmonaire  OUI  NON

Varices  OUI  NON

Cholestérol, Triglycérides  OUI  NON

### RESPIRATOIRES

Asthme  OUI  NON

Bronchites Chroniques  OUI  NON

Insuffisance respiratoire  OUI  NON

Apnées du sommeil  OUI  NON

### INFECTIEUX

VIH, SIDA  OUI  NON

Hépatite B ou C  OUI  NON

**TRANSFUSION SANGUINE**  OUI  NON

### URINAIRES, RÉNAUX

Insuffisance rénale, dialyse  OUI  NON

Problèmes de Prostate  OUI  NON

### DIGESTIFS

Ulcère gastroduodéal  OUI  NON

Reflux gastro-œsophagien  OUI  NON

Mal des transports  OUI  NON

### NEUROLOGIQUES

Epilepsie, convulsions  OUI  NON

Coma  OUI  NON

Accident vasculaire cérébral  OUI  NON

Sclérose en plaques  OUI  NON

Migraines  OUI  NON

Maladie de Parkinson  OUI  NON

Glaucome  OUI  NON

### ENDOCRINIENS

Diabète  OUI  NON

Problèmes de Thyroïde  OUI  NON

Coagulation

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement  OUI  NON

Tendance aux ecchymoses/hématomes importants 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

Pour les femmes : Hémorragie importante après accouchement, règles abondantes, prolongées ayant conduit à une consultation médicale ou un traitement.  OUI  NON

## PORTEZ-VOUS ?

- Prothèse auditive
- Appareil dentaire, pivots, implants, couronnes
- Lunettes, Lentilles,

### FEMMES UNIQUEMENT

Grossesse en cours  OUI  NON

- Terme : .....semaines.

Accouchements précédents

Sous Périurale  OUI  NON

Problèmes particuliers  OUI  NON

### ENFANTS UNIQUEMENT

Ancien prématuré  OUI  NON

A déjà été hospitalisé  OUI  NON

Marche acquise  OUI  NON

Problème développement / scolarité  OUI  NON

Parents fumeurs  OUI  NON

**AUTRES** : avez-vous autre chose à signaler ou préciser ?

Date :

Signature :