**CLINIQUE CLÉMENTVILLE**
**Médecine, Chirurgie, Obstétrique**
25, rue de Clémentville
34070 MONTPELLIER
0 826 888 884 Service 0,20 € /min + prix appel
Fax : 04 67 06 70 01
e-mail : info@clinique-clementville.fr

# SELARL médecins Anesthésistes Réanimateurs

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître afin que l'anesthésie et votre intervention se déroulent **dans les meilleures conditions de sécurité** : il devra donc être rempli avec **le plus d'attention possible**. Lors de la consultation pensez à vous munir de **vos examens sanguins récents, électrocardiogrammes, carte de groupe sanguin, ordonnances, carnet de santé pour les enfants**.

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| Profession : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Médecin traitant : .....

Intervention prévue : ..... Chirurgien : .....

Mode d'hospitalisation prévue : ❍ Hospitalisation ❍ Ambulatoire ❍ Parcours JO

Poids : ..... Taille : .....

## MODE DE VIE

| | | |
|---|---|---|
| Avez-vous une activité sportive ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Fumez-vous ou vapotez-vous ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Consommez-vous d'autres substances toxiques ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## TRAITEMENTS EN COURS

Prenez-vous actuellement des traitements ? ❍ Oui ❍ Non

Si oui, lesquels : .....

.....

.....

.....

.....

## ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous déjà subi des opérations ? ❍ Oui ❍ Non

Si oui, lesquelles : .....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous eu des problèmes lors d'une anesthésie ? ❍ Oui ❍ Non

Si oui, lesquels : .....

.....

## ANTÉCÉDENTS ALLERGIQUES

Avez-vous déjà fait des réactions allergiques à :

| | | |
|---|---|---|
| - des poussières, pollens, graminées, cyprès… | ❍ Oui | ❍ Non |
| - au latex ou à des aliments (banane, avocat, kiwi...) | ❍ Oui | ❍ Non |
| - des médicaments | ❍ Oui | ❍ Non |

Si oui, lesquels : .....

.....

| | | |
|---|---|---|
| - une injection de produits iodés lors d'un examen radiologique ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## ANTÉCÉDENTS CARDIO-VASCULAIRES

| | | |
|---|---|---|
| Connaissez-vous votre tension artérielle ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Si oui, donner le chiffre : ..... | | |
| Êtes-vous soigné(e) pour la tension et/ou le cœur ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous eu un infarctus ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Êtes-vous très essoufflé(e) après avoir monté 2 étages ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous des anomalies du rythme cardiaque ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous un pacemaker ou défibrillateur ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Si oui, apporter le carnet de suivi | | |
| Avez-vous des douleurs dans les jambes en marchant ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous consulté un cardiologue récemment ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## ANTÉCÉDENTS PULMONAIRES

| | | |
|---|---|---|
| Êtes-vous ou avez-vous été soigné pour les poumons ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Êtes-vous ou avez-vous été asthmatique ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous souvent des bronchites ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Êtes-vous porteur d'un syndrome d'apnée du sommeil ? | ❍ Oui | ❍ Non |



*TOURNEZ LA PAGE, SVP*

## ANTÉCÉDENTS NEUROLOGIQUES

| | | |
|---|---|---|
| Êtes-vous épileptique ou avez-vous fait des convulsions dans le passé ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous fait des malaises inexpliqués ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous fait des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous des migraines fréquentes ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous des problèmes de moelle épinière ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous un problème de colonne vertébrale (scoliose, sciatique, fracture ou tassement vertébral) ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## ANTÉCÉDENTS MÉTABOLIQUES ET ENDOCRINIENS

| | | |
|---|---|---|
| Êtes-vous diabétique ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous une insuffisance rénale ou maladie rénale ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous un problème au niveau de la thyroïde ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous une myasthénie, une myopathie, une porphyrie ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Monsieur, avez-vous des problèmes de prostate ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## ANTÉCÉDENTS DIGESTIFS

| | | |
|---|---|---|
| Avez-vous eu un ulcère à l'estomac ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous eu une hépatite virale ou une autre maladie du foie ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous des brûlures ou des reflux gastro-œsophagiens ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## ANTÉCÉDENTS THROMBO-EMBOLIQUES

| | | |
|---|---|---|
| Avez-vous déjà fait une phlébite et/ou une embolie pulmonaire ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Un de vos parents proches a-t-il fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous des varices ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## ANTÉCÉDENTS HÉMORRAGIQUES

| | | |
|---|---|---|
| Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel (saignement denez ou coupure superficielle) ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou après un traumatisme sans importance ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale (par exemple : végétations, amygdales ou circoncision) ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Y-a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation responsable de saignements importants (hémophilie, Willebrand) ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Madame, avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Madame, avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## PROTHÈSES, OPHTALMOLOGIE, ORL

| | | |
|---|---|---|
| Portez-vous une prothèse dentaire amovible ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous des prothèses auditives ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous des piercings ? Des lentilles de contact ? | ❍ Oui | ❍ Non |
| Avez-vous un glaucome ? Une pathologie ophtalmologique ? | ❍ Oui | ❍ Non |

## AUTRES INFORMATIONS À TRANSMETTRE, AUTRES MALADIES, COMMENTAIRES

Date.....

Signature



CLINIQUE CLÉMENTVILLE – SAS au capital de 275 100 € - RCS Montpellier 470 801 358 – APE 8610Z – FINESS ET 34 078 067 5