



Groupe Hospitalier  
Saint Vincent

# QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

À remplir impérativement et à donner  
lors de votre consultation pré-anesthésique

Ce questionnaire est destiné à améliorer  
la **qualité** et la **sécurité** de votre anesthésie.

Le médecin anesthésiste réanimateur  
vous examinera lors d'une consultation  
pré-anesthésique avec :

## 1 - les documents des examens complémentaires déjà réalisés

2 - l'étude de votre passé médical (p 2-3)

3 - la liste des médicaments que vous  
prenez actuellement (p 4)

Si vous ne vous sentez pas capable  
de remplir le questionnaire, faites-vous  
svp aider par **un proche** ou votre  
**médecin traitant**.

Si vous ne parlez pas français ou anglais,  
il est impératif de venir accompagné(e)  
d'un **traducteur**.

Les **mineurs** doivent impérativement  
être accompagnés par un adulte  
ayant l'**autorité parentale**.

## 1 - DOCUMENTS À APPORTER LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION

Si vous êtes en possession des documents suivants,  
merci de les apporter lors de la consultation

- L'ordonnance de l'ensemble de vos médicaments actuels
- La liste complète de vos antécédents médicaux et chirurgicaux
- Votre carte de groupe sanguin
- Votre dernier bilan sanguin comportant hémoglobine et créatinine
- Votre dernier compte rendu cardiologique

**Si ces documents sont chez votre médecin traitant  
et/ou spécialiste, demandez-leur une copie svp.**

**Si vous n'avez jamais effectué ces examens,  
le médecin anesthésiste vous les prescrira si nécessaire  
lors de la consultation.**

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Date de naissance : .....

Poids (kg) : ..... Taille (mètre) : .....

Vivez-vous seul(e) ?  OUI  NON

Type d'Intervention prévue : .....

Date prévue de l'opération : .....







## ➤ MALADIES HÉMATOLOGIQUES (du sang)

- Leucémie  Lymphome  Willebrand  Hémophilie  
 Autres > préciser : .....

Avez-vous déjà été transfusé(e) ?  OUI  NON

Avez-vous consulté pour un saignement prolongé ou inhabituel, par exemple un saignement du nez ou une petite coupure ?  OUI  NON

Avez-vous tendance à faire des bleus importants (plus de 2 cm) spontanément (sans vous cogner) ou pour un choc ou traumatisme mineur (en se cognant) ?  OUI  NON

Avez-vous dû reconsulter votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?  OUI  NON

Avez-vous saigné de manière importante après une intervention chirurgicale (par exemple végétations, amygdales ou circoncision) ?  OUI  NON

Des membres de votre famille proche (fratrie, parents, enfants) sont-ils suivis pour une maladie de la coagulation responsable de saignements importants (ex : maladie de Willebrand ou hémophilie ?)  OUI  NON

*Uniquement pour les femmes :* avez-vous consulté ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes ?  OUI  NON

Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?  OUI  NON

## ➤ MALADIES RARES HÉRÉDITAIRES

Vous ou un membre de votre famille souffre-t-il d'une maladie rare ?  OUI  NON

- Hyperthermie maligne  Porphyrie  
 Autre, préciser : .....

## ➤ OBSTÉTRIQUE (uniquement pour les femmes enceintes)

Tension élevée pendant la grossesse ?  OUI  NON

Diabète pendant la grossesse ?  OUI  NON

Contractions avant le terme ?  OUI  NON

Nombre de grossesses (en comptant les éventuelles fausses couches et IVG) : .....

Nombre d'enfants : .....

## ➤ ALLERGIE OU INTOLÉRANCE

- Latex  Pénicilline  
 Autre médicament, préciser : .....

Réaction après une injection pour un scanner ou une IRM  OUI  NON

Précisez le type de réaction :  Réaction cutanée

Réaction respiratoire  Œdème de Quincke

Chute de tension  Arrêt cardiaque

Autre > préciser : .....

**Si vous avez une carte d'allergie fournie lors d'une anesthésie précédente, merci de la rapporter lors de la consultation.**

## ➤ TOXIQUES

Tabac > préciser combien par jour : .....  
 depuis combien d'années : .....

Cannabis

Alcool > préciser combien de verres par jour : .....

Autre toxique > préciser : .....

## ➤ CANCER

Avez-vous ou avez-vous eu un/des cancers ?  OUI  NON

Si oui précisez la localisation et le type de traitements reçus (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) :

Localisation du cancer	Type de traitements reçus	Année

## ➤ ÉTAT DENTAIRE

Avez-vous des dents qui bougent ou fragiles ?

OUI  NON

Entourez sur le schéma ➤ les dents concernées.

Avez-vous des prothèses amovibles ?

OUI  NON

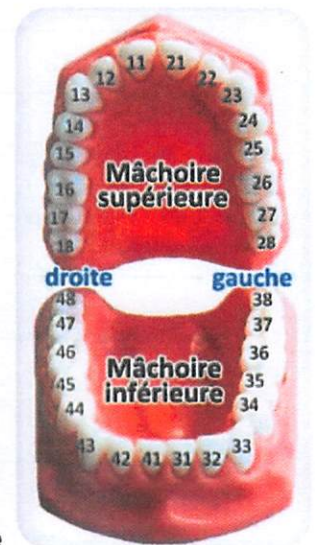
Si oui, préciser s'il s'agit de prothèses :

arcade dentaire supérieure

arcade dentaire inférieure

les 2

**Si vous avez un doute sur l'état de vos dents, il est préférable d'effectuer une visite chez votre dentiste avant l'anesthésie.**



**S'il vous a été remis une carte d'intubation difficile lors d'une anesthésie précédente, rapportez-la svp.**

## ➤ AUTRES

- Hypothyroïdie  Hyperthyroïdie

Pensez-vous avoir d'autres maladies ou d'autres éléments à signaler à l'anesthésiste ?  OUI  NON

Si oui > préciser : .....

*Uniquement pour les femmes :*

êtes-vous susceptible d'être enceinte ?  OUI  NON



