



---

**POUR PRENDRE UN RENDEZ VOUS DE CONSULTATION : veuillez appeler *exclusivement* le**  
**02 .51 .89. 18. 76 du lundi au vendredi de 8H à 20h et samedi matin de 8h à 13h**  
**DES QUE L'INTERVENTION EST FIXEE.**

**POUR TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT : veuillez appeler au 02.41 .63. 46.05**

---

**QUESTIONNAIRE MEDICAL A REMPLIR et**  
**A DONNER LORS DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE**

NOM: ..... PRENOM ..... AGE .....

Activité professionnelle : .....Quelle est votre mutuelle : .....

Quel est votre POIDS : .....Kg TAILLE : ..... cm

1. Avez-vous déjà eu une ANESTHESIE ?  oui  non Si oui de quoi et quand :

.....  
.....

2. Avez-vous dans votre famille des PROBLEMES suite à une anesthésie ?  oui  non

Si oui précisez lesquels : .....

3. Avez-vous ou avez-vous eu des MALADIES PARTICULIERES ?  oui  non

Si oui précisez lesquelles : .....

.....

4. Existe-t- il des maladies particulières dans votre famille ?  oui  non

Si oui précisez lesquelles : .....

.....

5. Quels sont les MEDICAMENTS que vous prenez ces 3 derniers mois ?

.....

.....

.....

**IMPORTANT si vous prenez :**

- des ANTICOAGULANTS (SIMTRON, PREVISCAN...),
- des ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES (TICLID, ASASANTINE, PLAVIX, PRAVADUAL, de l'ASPIRINE, KARDEGIC, ASPEGIC...),
- des IMAO ( Marsilid, Humoryl, Effexor ... ) :

**PRENEZ RAPIDEMENT CONTACT AVEC LE SECRETARIAT D'ANESTHESIE**

6. Faites vous des allergies ?  oui  non

Si oui à quoi.....

**N'OUBLIEZ PAS D'APPORTER LORS DE LA CONSULTATION :**  
**VOTRE DERNIERE ORDONNANCE, CARTE DE GROUPE SANGUIN, CARNET DE SANTE**  
**LES ANALYSES BIOLOGIQUES, LES EXAMENS CARDIOLOGIQUES < 1 an**  
**ENTRE LA CONSULTATION d'ANESTHESIE ET L'INTERVENTION CHIRURGICALE :**  
**NE PRENEZ AUCUN NOUVEAU MEDICAMENT SANS AVIS MEDICAL**