

# Questionnaire ANESTHESIE



Votre identité comme sur votre carte nationale d'identité

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

- Poids (kg) :                      Taille (cm) :                      Profession :
- Listez vos **traitements habituels** (ou joignez votre ordonnance) :
  
- Listez vos principaux problèmes de santé :
  
- Listez les principales opérations que vous avez eues :
  
- Avez-vous eu des **problèmes d'anesthésie** ? Si oui, lequel ?
  
- Avez-vous déjà eu des réactions **allergiques** ? Si oui, à quoi ?
  
- Signalez-nous toute(s) dent(s) mobile(s), fragile(s) ou abimé(es) ?
  
- Avez-vous un problème de saignement, de coagulation?
  
- Cochez si vous êtes concernés :  
    [ ] Tabac - [ ] Apnée du sommeil - [ ] Phlébite - [ ] Embolie - [ ] Pilule
- Avez-vous un besoin ou une question particulière pour votre consultation d'anesthésie?
  
- Pour éviter une facturation inadaptée, avez-vous un statut particulier?