

**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

CONSULTATION ANESTHESIQUE



**UNITE D’HEPATO-GASTROENTEROLOGIE ET PNEUMOLOGIE**

**Consultations pré-anesthésiques**

**Clinique Pauchet**

Tél : 03 22 31 71 05

Doctolib

**Consultations pré-anesthésiques**

**Polyclinique de Picardie**

Tél : 03 22 33 31 71

***Avant l’anesthésie :***

*Une consultation pré-anesthésique est obligatoire, pour cette consultation munissez-vous de la liste des médicaments en cours. Elle doit être réalisée au moins 48 heures avant l’anesthésie. Si vous prenez des anticoagulants, il faut rencontrer le médecin anesthésiste au moins une semaine avant. Pour cette consultation, un bon de transport ne peut être délivré qu’en cas de 100%, et que l’acte sous anesthésie soit lié directement à ce 100%.*

Nom : ................................................................................................ Nom marital : .............................................................................................

Prénom(s) : ..............................................................................................................................................................................................................

Adresse : ...................................................................................................................................................................................................................

Date de naissance : ................................................................... Age : ............................. Poids : ....................... kgs Taille : .....................

**Signature du patient** :

Antécédents chirurgicaux :

* Interventions antérieures : ⃞ OUI ⃞ NON

Lesquelles ?

* Transfusions antérieures : ⃞ OUI ⃞ NON
* Problèmes anesthésiques : ⃞ OUI ⃞ NON
* Prothèses dentaires : ⃞ OUI ⃞ NON

Antécédents médicaux :

* Pulmonaires : ⃞ OUI ⃞ NON
* Allergie : ⃞ OUI ⃞ NON
* Cardiaques : ⃞ OUI ⃞ NON
* Diabète : ⃞ OUI ⃞ NON
* Embolie pulmonaire : ⃞ OUI ⃞ NON
* Varices : ⃞ OUI ⃞ NON
* Grossesse en cours : ⃞ OUI ⃞ NON
* Autres : ⃞ OUI ⃞ NON

Pensez à ramener votre dernière ordonnance

**PAP-END-ENR-013-V1**

Création du 27/01/2022



**AUTO-QUESTIONNAIRE**

**Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?**

***Symptômes majeurs***

* Fièvre (température mesurée >38°C) ⃞ OUI ⃞ NON
* Toux sèche ⃞ OUI ⃞ NON
* Difficulté à respirer ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) ⃞ OUI ⃞ NON
* Anosmie (perte de l’odorat) ⃞ OUI ⃞ NON
* Agueusie (perte du gout) ⃞ OUI ⃞ NON

***Symptômes mineurs***

* Maux de gorge ⃞ OUI ⃞ NON
* Rhinorrhée (« nez qui coule ») ⃞ OUI ⃞ NON
* Douleur thoracique ⃞ OUI ⃞ NON
* Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) ⃞ OUI ⃞ NON
* Altération de l’état général ou fatigue importante ⃞ OUI ⃞ NON
* Confusion (« pensées qui se mélangent », désorientation) ⃞ OUI ⃞ NON
* Céphalées (« maux de tête ») ⃞ OUI ⃞ NON
* Diarrhées ⃞ OUI ⃞ NON
* Nausées et/ou vomissements ⃞ OUI ⃞ NON
* Eruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts ou à la main ⃞ OUI ⃞ NON

**Avez-vous été en contact étroit** (en face à face, à moins d’1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) **avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?**  ⃞ OUI ⃞ NON

A ................................................. le .......................................... Nom, Prénom et signature du patient