

NOM :
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 PROFESSION :

TYPE D'INTERVENTION :
 INTERVENTION LE :
 CHIRURGIEN :

AGE : POIDS : TAILLE :

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ ANESTHÉSIÉ ? **OUI (1) NON**

1.1) Si oui, Pourquoi ?

1.2) Avez-vous rencontré des incidents ? **OUI NON**

Si oui, de quels types ?

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : (Souffrez-vous de) :

- | | | | |
|---------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| - DIABÈTE ? | OUI NON | - HYPER TENSION ARTERIELLE ? | OUI NON |
| - INFARCTUS DU MYOCARDE ? | OUI NON | - INSUFFISANCE RENALE ? | OUI NON |
| - AVC ? | OUI NON | - TABAC ? | OUI NON |

ALLERGIES ? **OUI NON Si OUI :**

VOTRE TRAITEMENT

HABITUEL :

Nombre de Grossesses : Anesthésie Péridurale ? **OUI NON.**

Etes-vous capable de :

Réaliser les gestes de la vie courante : **OUI NON**

Monter 2 étages sans s'arrêter : **OUI NON**

Activité sportive régulière : **OUI NON**

PÉDIATRIE

Poids de naissance :

Prématurité ? **OUI NON**

Bronchiolite ? **OUI NON**

RISQUES HÉMORAGIQUES

Avez-vous des maladies de la coagulation ? **OUI NON**

Maladies de la coagulation dans votre famille ? **OUI NON**

Si oui, lesquelles ?

Saignement important après une chirurgie, ayant nécessité une reprise chirurgicale **OUI NON**

Règles abondantes ayant conduit à une consultation médicale ? **OUI NON**

Hémorragie après un accouchement : **OUI NON**

Syndrome d'apnée du sommeil **OUI NON**

Ronflements ? **OUI NON**

Fatigue durant la journée ? **OUI NON**

Vous a-t-on observé en arrêt respiratoire pendant votre sommeil ? **OUI NON**

Êtes-vous atteint(e) d'hypertension artérielle **OUI NON**

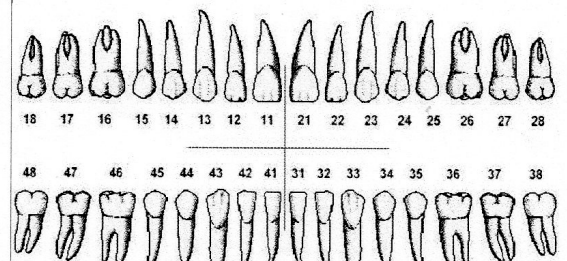
Âge supérieur à 50 ans ? **OUI NON**

Sexe = Masculin ? **OUI NON**

ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

Si vous avez des dents fragiles ou cassées, veuillez mettre une croix sur la dent correspondante sur le schéma ci-dessous :

DENTIER AMOVIBLE ? **OUI (1)** **NON**



Lu et approuvé le : / / Signature :