

Plan B. Docteur Benoît Serck.  
Questionnaire médical. Consultation d'**Anesthésie**.

Nom :

Nom de naissance ( jeune fille ) :

Prénom :

Né le : ( jj/mm/aaaa), âge :

Intervention (opération):

Opérateur ( chirurgien ) :

Date de l'intervention, ce jour-là il faudra être à jeûn : ( jj/mm/aaaa) :

Hospitalisé ( entrée) le ( jj/mm/aaaa) :

Lieu de l'intervention :

Liste des **médicaments** : inscrire au **dos de la feuille** ou joindre les noms des médicaments, combien, quand ?

Apportez tous vos médicaments, les boîtes et les prescriptions lors de l'hospitalisation.

Liste des **interventions** : inscrire au **dos de la feuille** toutes les opérations subies, (avec la date).

Préparez les résultats des analyses de biologie du **labo** et tous les documents utiles (consultations).

Poids ( kg ) :

Taille ( cm ) :

Nombre d'enfants ; êtes-vous enceinte ? :

Travaillez-vous ? Profession ? Si non, pourquoi ?

Faites-vous des dons de sang ?

Avez-vous déjà été transfusé ( reçu du sang ) ? (Apportez votre carte de groupe sanguin) :

Etes-vous sportif, expliquez ?

Voyez-vous régulièrement un médecin ( spécialiste, cardiologue ), pourquoi ?

**Entourez** les problèmes de santé qui vous concernent parmi les mots suivants :

**hypertension**          infarctus          angine de poitrine          douleurs dans la poitrine

syncope, perdu connaissance          pacemaker, pile          arythmies, palpitations

varices          phlébites          embolie pulmonaire

vous êtes facilement essoufflé(e) ?

tabac / alcool ( combien ?) :          asthme          bronchites          apnée du sommeil

**diabète**          estomac, hernie          ulcère          hépatite, cirrhose          SIDA-HIV          lupus

dépression          épilepsie          Alzheimer          AVC ( thrombose) paralysie          migraine

traumatisme crânien, coma          Parkinson          myopathie          problème neurologique

thyroïde          drépanocytose AS          saignements prolongés          anémie

Autres problèmes de santé ( utilisez le verso si nécessaire) :

Avez vous des prothèses **dentaires** (ou autres : audition, verres de contact, orthopédiques) ? :

Aucun bijou, alliance, piercing, vernis, gel, maquillage ou prothèse (amovible) n'est admis au bloc.

Quelles sont vos **allergies** aux médicaments ou autre (sauf la poussière) ? :