

**Merci de compléter ce questionnaire et de l'apporter le jour de votre rendez-vous.**  
Munissez-vous aussi des résultats d'examens antérieurs éventuels.

### Questionnaire préopératoire

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : / ..... / .....

Taille : .....

Poids : .....

Groupe sanguin :  connu.....  Inconnu



Ce questionnaire est soumis au **secret médical**.

Lors de la consultation, vous aurez la possibilité de compléter et d'expliquer vos réponses.

#### Souffrez-vous de :

- |  |                              |                              |   |
|--|------------------------------|------------------------------|---|
| ▶ Diabète  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Hypercholestérolémie   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Hypertension artérielle  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Épilepsie  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Maladie cardiaque/arythmie   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Maladie des poumons<br>(asthme, bronchite chronique, emphysème...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Maladie de la thyroïde   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Migraines  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Lombalgies   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Ulcère gastrique, gastrite   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Glaucome   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▶ Autre : .....  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |

**Avez-vous déjà été opéré ?**  oui  non

Si oui, de quoi ? .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Avez-vous eu des soucis liés à l'anesthésie ?**  oui  non  je ne sais pas

Si oui, lesquels ? .....

.....



