

HISTORIQUE MEDICAL

OUI

NON

Avez-vous déjà été opéré(e)?

Type d'intervention :

Année :

Chirurgien/Hôpital :

Avez-vous déjà été anesthésié(e)? (anesthésie générale, locorégionale vertébrale, locorégionale périphérique, locale)

Type d'anesthésie :

Année :

Y a-t-il eu des incidents ou des accidents liés à l'anesthésie?

Si oui, lesquels ?

Avez-vous présenté des nausées ou de vomissements après une anesthésie ?

Vous arrive-t-il d'avoir des nausées ou de vomir facilement ?

Souffrez-vous de la maladie des transports ?

Dans votre famille y a-t-il eu des incidents ou des accidents liés à l'anesthésie?

Si oui, lesquels ?

Avez-vous déjà été hospitalisé pour une affection non chirurgicale ?

Si oui, laquelle et quand ?

Prenez vous régulièrement des médicaments, y compris des gouttes pour les yeux ? des médicaments naturels ?

Si oui, lesquels (nom, dose et fréquence) ?

Portez-vous des prothèses ? (*soulignez ce qui convient*)

- dentaires mobiles (haut, bas) ?
- oculaires ? lentilles de contact ?
- auditives ?

Consommez-vous régulièrement ou occasionnellement?

- de l'alcool (si oui combien et à quelle fréquence) ?
- des drogues (si oui lesquelles – cannabis, ecstasy, cocaïne, héroïne - et à quelle fréquence) ?

	OUI	NON
POUR LES FEMMES :		
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, de combien de mois ?		
Prenez-vous la pilule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des enfants et combien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu des complications lors de vos grossesses ou de vos accouchements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?		

ALLERGIES

Etes-vous allergique? (<i>Si oui, précisez à quoi</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sparadrap, iode,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aspirine, pénicilline, autre antibiotique, autre médicament,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- piqûres de guêpes, latex, autre...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aliments (œufs, poissons, crustacés, kiwis, bananes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment cela s'est-il manifesté ?		
- réactions cutanées (rougeur, œdème, urticaire...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- réactions respiratoires (œdème, asthme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- réactions circulatoires (collapsus, choc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- réactions digestives (diarrhée...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous le rhume des foins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES PULMONAIRES

Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes par jour ? Depuis quand ?		
Etes-vous ancien fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quand avez-vous arrêté ? (combien d'années ?)		
Etes-vous essoufflé(e) dans votre activité quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toussez-vous ou crachez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie pulmonaire (tuberculose, bronchite chronique, emphysème, toux chronique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, soulignez ce qui convient.		
Avez-vous eu de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de la dernière crise ?		
Avez-vous été hospitalisé(e) lors d'une crise ?		
Avez-vous fait dans le passé des embolies pulmonaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Faites-vous du sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, précisez :</i>		
Pouvez-vous monter 2 étages à pied sans vous arrêter et sans être trop essoufflé (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de douleurs dans la poitrine (angine de poitrine) lors d'efforts, d'énervement, après le repas, au repos ou au froid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Avez-vous la pression artérielle trop haute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop basse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait un infarctus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quand (mois, année)?		
Devez-vous dormir la tête surélevée pour ne pas être essoufflé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de palpitations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait des malaises avec perte de connaissance (syncope) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un pacemaker, ou autre appareil pour de stimulation électrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devez-vous prendre des antibiotiques pour protéger votre cœur avant une intervention chirurgicale ou lors d'un traitement dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur(euse) d'une valve cardiaque artificielle ou avez-vous subi une réparation de valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des crampes dans les jambes en marchant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie des artères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des varices, thromboses, phlébites ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des oedèmes des jambes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIES NEUROLOGIQUES, MUSCULAIRES, DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR		
Souffrez-vous d'épilepsie, de convulsions, de vertiges, de maux de tête, d'évanouissements ou de fourmillements au bout des doigts ? <i>Soulignez ce qui convient.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un accident cérébro-vasculaire (« <i>attaque</i> ») ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert d'un lumbago, d'une sciatique, d'une hernie discale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des problèmes de colonne vertébrale (malformation, fracture, opération) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un traumatisme crânio-cérébral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie musculaire, de myasthénie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes articulaires (raideur de la nuque, douleur du rachis ou des articulations, blocage d'une articulation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIES DIGESTIVES		
Avez-vous perdu du poids involontairement ? Si oui, combien de kg : en combien de temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'hernie hiatale, de brûlures qui remontent dans le thorax lorsque vous êtes couché, d'inflammation de l'intestin? <i>Soulignez ce qui convient.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des coliques biliaires ? Des pierres dans la vésicule biliaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une pancréatite ? Une jaunisse ? Une hépatite (quel type si connu) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous remarqué une modification du transit intestinal (apparition de diarrhées, de constipation, changement de l'aspect des selles) ? (Si oui, quel changement et depuis quand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés à avaler ? Des vomissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une endoscopie (gastroscopie ou coloscopie) au cours des 5 dernières années ? (si oui, chez quel médecin et quel en a été le résultat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		

OUI NON

MALADIES DE LA COAGULATION DU SANG

Quel est votre groupe sanguin ?		
Avez-vous déjà reçu du sang (été transfusé) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceptez-vous une éventuelle transfusion de sang si indispensable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des anomalies de la coagulation (hémophilie...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des bleus facilement sans qu'il n'y ait un coup ou un traumatisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque vous vous blessez, saignez-vous longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignez-vous facilement lorsque vous vous brossez les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été réopéré(e) ou transfusé(e) après une opération chirurgicale (circoncision, ablation des amygdales...) ou une extraction dentaire pour des raisons d'hémorragie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous dans votre famille (parents et hommes du côté maternel) des problèmes connus de coagulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pris des médicaments contenant des anti-plaquettaires (aspirine, plavix...) ou des anti-inflammatoires dans les deux semaines précédentes ? Pouvez-vous préciser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES METABOLIQUES

Souffrez-vous de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de maladie thyroïdienne (glande thyroïde) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une autre maladie endocrinienne (problème hormonal) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE

Avez-vous déjà eu des problèmes pour uriner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de la prostate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'infections urinaires à répétition ? De colique rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie rénale (dialyse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES INFECTIEUSES

Avez-vous eu durant le mois écoulé :

Soulignez ce qui convient

De la fièvre ?

Des frissons ?

Un refroidissement ?

La grippe ? Le rhume ? La sinusite ? Une bronchite ?

Etes-vous vacciné (hépatite B, hépatite A, tétanos, polio) ?

Etes-vous porteur du virus HIV ?

Etes-vous porteur du virus de l'hépatite B ? C ?

OUI

NON

MALADIES FAMILIALES

Un membre de votre famille souffre-t-il d'une des maladies suivantes :

➤ Thalassémie. Drépanocytose ?

➤ Myopathie, myasthénie ?

➤ Déficit enzymatique (G6PD) ?

➤ Porphyrries ?

➤ Hyperthermie maligne ?

Votre médecin traitant vous a-t-il aidé à remplir ce questionnaire

Lieu et date : _____

signature

Questionnaire vérifié par Dr

Lieu et date : _____

signature