

**Clinique Hartmann**  
**26 Bd Victor Hugo**  
**92200 Neuilly Sur Seine**

**Questionnaire pré-anesthésique**

Professeur Philippe MASSIN

[phmassin@gmail.com](mailto:phmassin@gmail.com)

Tel : 06 09 39 97 10

**Ce questionnaire est destiné à informer le médecin anesthésiste qui s'occupera de vous à l'occasion de votre anesthésie. Il le renseignera sur votre état de santé et orientera l'examen pré-anesthésique.**

Nom, prénom : .....  
Age : ..... Sexe : ..... Taille : ..... Poids : ..... Profession : .....  
Domicile : .....  
..... ☎ : .....

Nom du chirurgien : **Pr Philippe MASSIN**

Type d'Intervention : .....

Date de l'intervention : .....

Quel type d'exercice physique faites-vous régulièrement (marche, course à pied, bicyclette..., ou rien) : .....

Interventions chirurgicales antérieures :

.....  
.....

Date, lieu, type d'opération et anesthésie, complications :

1- .....  
2- .....  
3- .....

Avez-vous déjà été hospitalisé (e) pour une maladie non chirurgicale ?

1. ....  
2. ....  
3. ....

Avez-vous eu ou avez-vous encore une de ces affections ? (cocher la case correspondante).

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maladie cardio-vasculaire  | <input type="checkbox"/> Cancer   |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle    | <input type="checkbox"/> Convulsions, épilepsie                                       |
| <input type="checkbox"/> Affection cérébrale        | <input type="checkbox"/> Rhumatisme   |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale             | <input type="checkbox"/> Polyarthrite   |
| <input type="checkbox"/> Maladie hépatique          | <input type="checkbox"/> Affections broncho-pulmonaires (asthme, bronchite chronique) |
| <input type="checkbox"/> Diabète                    | <input type="checkbox"/> Tuberculose  |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation |   |

Etes-vous allergique, ou avez-vous des réactions anormales après la prise de certains médicaments (ex : Pénicilline...)

Indiquer les produits en cause et le type de réaction : .....

.....

**Clinique Hartmann**  
**26 Bd Victor Hugo**  
**92200 Neuilly Sur Seine**

Avez-vous déjà reçu des transfusions sanguines,

Oui  non

Si oui, quand ? .....

**Professeur Philippe MASSIN**

[phmassin@gmail.com](mailto:phmassin@gmail.com)

Tel : 06 09 39 97 10

Avez-vous reçu de l'hormone de croissance avant 1984 ?

Oui  non

Un membre de votre famille est-il décédé de la maladie de Creutzfeldt-Jacob ?

Oui  non

Si oui, quand et qui ? .....

Indiquez les médicaments que vous prenez actuellement, prescrits par votre médecin ainsi que ceux que vous prenez sans prescription (ex : aprotinine, somnifères, laxatifs, diurétique).

Nom du médicament et doses :

1. ....

2. ....

3. ....

Avez-vous des problèmes dentaires ? (cochez la case correspondante)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fausse (s) dent (s)    | <input type="checkbox"/> couronne (s)                   |
| <input type="checkbox"/> dent (s) branlante (s) | <input type="checkbox"/> dent (s) nécessitant des soins |
| <input type="checkbox"/> appareil mobile        |   |

Avez-vous connaissance de complications liées à l'anesthésie dans votre famille proche ,

Oui  non

Si oui, laquelle ? .....

A l'heure actuelle, avez-vous (cocher la case correspondante)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> douleur thoracique       | <input type="checkbox"/> pertes de connaissance, syncope                                |
| <input type="checkbox"/> palpitations             | <input type="checkbox"/> difficultés à respirer la nuit                                 |
| <input type="checkbox"/> gonflement des chevilles | <input type="checkbox"/> essoufflement rapide à l'effort<br>(marche, montée d'escalier) |
| <input type="checkbox"/> toux fréquente           | <input type="checkbox"/> perte de poids récente   |
| <input type="checkbox"/> crampes musculaires      | <input type="checkbox"/> difficultés à la marche  |
| <input type="checkbox"/> brûlures urinaires       | <input type="checkbox"/> douleurs lombaires   |
| <input type="checkbox"/> grossesse                |   |

Fumez-vous ,

Oui  non

Nombre de cigarettes/jours : .....

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?

Tous les jours :  Oui  non, combien ? .....

Questions pour le médecin-anesthésiste

1. ....

2. ....