VOTRE ETAT DE SANTE

Pour votre BILAN pré-opératoire et anesthésique, merci de bien vouloir répondre précisément aux questions suivantes :

Nom ……
Prenom ……
Taille …… Poids …… Age ……

1- Etes-vous allergique?
Autre ……
2- Fumez-vous ?
Si oui, combien de cigarettes par jour : ……
3- Portez-vous un appareil dentaire ?
4- Portez-vous des lentilles de contact ?
5- Prenez-vous une pilule contraceptive ?
6- Avez-vous des problèmes respiratoires ?
7- Faites-vous des crises convulsives ?
8- Etes-vous soigné pour les nerfs ?
9- Avez-vous des problèmes de tension artérielle ?
10- Souffrez-vous d'une maladie aiguë ou chronique ?
Diabete Thyroide Cardiaque Vaisseaux
Autre ……
11- Prenez-vous régulièrement des médicaments ?
(pour le coeur, contre la douleur, des antiagrégants plaquettaires tels que l'Aspirine, des anticoagulants tels que le Sintrom, des hormones)
Si, oui, lesquels ? ……
12- Souffrez-vous d'une maladie infectieuse aiguë ou chronique (hépatite, séropositivité...) ?
Si, oui, laquelle ? ……
13- Avez-vous déjà eu une anesthésie ?
Locale Générale

Vous a-t-on signalé un probléme ? ……
14- Quelle(s) intervention(s) avez-vous eu(s) à ce jour ?
……
15- Vous arrive-t-il de saigner anormalement ?
- Avez-vous des bleus facilement ?
- Avez-vous des varices ?
- Avez-vous déjà eu une phlébite?
- Avez-vous déjà eu une embolie pulmonaire ?
- Avez vous déjà eu une transfusion sanguine ?

16- Avez-vous observé dans le passé en cas de plaie des troubles de cicatrisation: suppuration, cicatrisation lente, formation d'abcès,
de fistules ou cicatrices hypertrophiques ?
Pour une meilleure connaissance de votre état de santé, merci de compléter ce questionnaire d'éléments qui vous seraient personnels ou familliaux :
……
……
……

lesein.com 2005. All right reserved.

Signature de la patiente, précédée de la mention manuscrite, lu, complété et approuvé