

EXAMEN MÉDICAL avant ANESTHÉSIE

NOM: _____ **Prénom :** _____ **date naissance:** / /
sexe: M / F **hauteur:** _____ **cm** **poids:** _____ **Kg** **BMI =** _____ **Date :** / /

SANG

Quel est votre groupe?:____ avez vous été transfusé? oui non ne sait pas

ANESTHÉSIE

anesthésie antérieure? oui non
locale oui non générale oui non épidurale oui non

Avez vous eu des problèmes au cours d'une anesthésie passée ?: oui non

Si oui, lesquels ?:
.....
.....
.....

Avez vous été hospitalisé pour une maladie?: oui non

Si oui, lesquels ? :

list complete des médicaments que vous prenez actuellement:

aspirine: oui non anticoagulant: oui non nom:
autres: indiquez le nom et la posologie:
.....
.....
.....

Allergies : oui non

aspirine iode penicilline eczema aliment cosmetique
 autre

Cardio-vasculaire: oui non

infarctus angine poitrine arterite hypertension phlebite
 embolie pulmonaire tachy-arythmie autre:.....

Pulmonary oui non

asthme pneumothorax bronchite chronique tuberculose
 autre:.....

tabac ? : oui non combien?: depuis quand?:

abdomen oui non

gastrite ulcère hepatite colite
alcool?: oui non combien?: depuis quand?:

problème neurologique oui non

épilepsie hernie discale accident vasculo cerebral migraine depression
 glaucome lentille oculaire oui non prothèse dentaire oui non
 autre:.....

others oui non

diabetes IDDM diabetes NIDDM kidney disease thyroid disease
 eye disease cancer tachy-arythmy autre:.....
 details:

.....
.....
autre information:
.....
.....