

- Veuillez remplir le questionnaire d'anesthésie consciencieusement et complètement, et remettez-le au secrétariat de l'opérateur.
- Vous pouvez aussi le renvoyer par e-mail à medinaulac@szb-chb.ch.

Merci beaucoup pour votre importante collaboration.

Renseignements personnels

Prénom		Taille (cm)	
Nom		Poids (kg)	
Date de naissance			
Téléphone (privé)		Téléphone (mobile)	

Pour l'opération

Date de l'opération	
Type d'opération	

Souffrez-vous / avez-vous souffert d'une des maladies mentionnées ci-dessous ?

Si oui, lesquelles ?

Veuillez cocher les cases correspondantes et, en cas de réponse positive, remplir, souligner et compléter le formulaire.

	Oui	Non
Cœur et circulation sanguine : hypertension, maladies cardiaques, angine de poitrine, troubles du rythme cardiaque, maladie artérielle occlusive, stimulateurs cardiaques ? Quel type de maladie ? Veuillez compléter :	☐	☐
Poumons : asthme, bronchite chronique, apnée du sommeil, embolie pulmonaire ? Quoi exactement ? Veuillez compléter :	☐	☐
Sang : troubles de la coagulation, saignements de nez, anémie, médicaments anticoagulants ? Veuillez compléter :	☐	☐
Métabolisme: diabète, thyroïde, cholestérol, goutte ? Veuillez compléter :	☐	☐
Système nerveux: accident vasculaire cérébral, striction, épilepsie, paralysie, troubles de la sensibilité, migraine ? Veuillez compléter :	☐	☐



	Oui	Non
Estomac, intestins, reins, foie: remontées acides, dialyse, cirrhose du foie ou autre ? Veuillez compléter :	☐	☐
Avez-vous des dents déchaussées , un dentier, des prothèses, des implants ? Maxillaire, mandibule ? Veuillez compléter :	☐	☐
Avez-vous des allergies à la pénicilline, à l'iode, au latex, à l'aspirine, aux pansements, aux métaux, etc. Veuillez compléter :	☐	☐
Est-ce que vous fumez ? Combien par jour et depuis combien de temps ? Veuillez compléter :	☐	☐
Buvez-vous régulièrement de l'alcool ? En quelle quantité et à quelle fréquence ? Veuillez compléter :	☐	☐
Consommez-vous d'autres drogues ? Cannabis, cocaïne, autres ? Quand pour la dernière fois ? Veuillez compléter :	☐	☐
Avez-vous déjà été opéré(e) ? Quand et quoi a-t-on opéré ? Veuillez compléter :	☐	☐
Y a-t-il eu des complications anesthésiques ? Vomissements, intolérances, réactions circulatoires, intubation difficile, réactions allergiques ? Quand et lesquelles ? Veuillez compléter :	☐	☐
Autres maladies non mentionnées ? Lesquelles ?	☐	☐
Y a-t-il une chance que vous soyez enceinte ?	☐	☐
Quels médicaments prenez-vous régulièrement ?	☐	☐

Si vous prenez régulièrement des médicaments, veuillez-vous rendre le plus rapidement possible chez votre médecin de famille, l'informer que vous serez opéré(e) à l'AOP Bienne et lui remettre le formulaire "Lettre au médecin de famille". Il établira un rapport médical actuel sur votre état de santé pour l'anesthésie et nous l'enverra.

J'ai répondu sincèrement aux questions sur mon état de santé.

Lieu et date _____ Signature _____