

# CLINIQUE DU SPORT DE BORDEAUX MERIGNAC

ANESTHESIE - REANIMATION  
4, rue Georges Négrevergne 33700 MERIGNAC

## QUESTIONNAIRE

à remplir et à remettre à l'anesthésiste

NOM : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Taille : .....cm Poids ..... Kg

### Antécédents chirurgicaux

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Traitement médical en cours: (fournir ordonnance )

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Antécédents médicaux: (cocher si exact)

#### Cardiovasculaire

- Hypertension
- Infarctus
- Angine de poitrine
- Trouble du rythme
- Œdème pulmonaire
- Stents
- Phlébite
- Embolie pulmonaire
- Accident vasculaire cérébral
- .....

#### Allergie:

- .....
- .....
- .....

#### Pulmonaire:

- Asthme
- Bronchite chronique
- Emphysème
- Oxygénothérapie

#### Intolérance médicamenteuse:

- .....

#### Digestif:

- Ulcère, Gastrite
- Reflux
- Hernie Hiatale
- Constipation
- Hépatite
- .....

#### Tabac:

- .....cigarettes / jours
- Arrêt depuis .....

#### Alcool:

- consommation quotidienne: oui non\_

#### Autre:

- Diabète
- Thyroïde
- Apnée du sommeil
- Myasthénie
- Suivi psychiatrique
- .....
- Hémophilie
- Saignements, hématomes fréquents
- Hépatite B, C, HIV
- .....
- .....

#### Stupéfiants (cannabis, cocaïne, méthadone....)

- .....

#### Prothèses: (entourez la réponse correcte)

- dentaires:           oui           non
- auditifs:           oui           non
- lentilles:           oui           non