**Quand le patient informe l’anesthésiste-réanimateur :**

Madame, Monsieur,

Vous devez rencontrer quelques jours avant votre intervention un médecin anesthésiste-réanimateur.

**Cette consultation a pour buts** :

* d’envisager avec vous quelle anesthésie et quels traitements postopératoires sont les plus adaptés à votre cas,
* de vous en informer,
* de répondre au mieux à vos questions surl’anesthésie**.**

Pour cela, il est important de mieux vous connaître.

Si vous avez à votre disposition :

* des **courriers** ou **examens de spécialistes** (cardiologue, pneumologue…),
* des résultats de **prise de sang,**
* des **ordonnances** (prescription de médicaments).
* N’oubliez pas de **LES APPORTER A LA CONSULTATION**.

Voici quelques questions simples**. Merci d’y répondre le plus clairement possible** (vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant ou par un proche).

Vous participerez ainsi à préparer votre rencontre avec l’anesthésiste-réanimateur.

**L’équipe d’anesthésie.**

**NOM d’usage** : **Prénom** :

(NOM de naissance : )

Date de naissance : / / (âge : )

Votre **Poids :** Votre **Taille :**

De quoi avez-vous déjà été **opéré** ?

- - -

- - -

- - -

Avez-vous déjà présenté des **difficultés lors d’une anesthésie** ? OUI/NON

Si OUI, précisez :

Prenez-vous des **médicaments** ? OUI/NON (APPORTEZ TOUTES VOS ORDONNANCES)

- - -

- - -

- - -

Avez-vous des **maladies particulières** ? OUI/NON

Si OUI, précisez :

Par quels médecins spécialistes êtes-vous suivi ? :

De quand date la dernière **consultation avec** ces **spécialistes ?** :

Avez-vous déjà été **hospitalisé** (en dehors des opérations) ? OUI/NON

- - -

- - -

Etes-vous **allergique** à un médicament ou un aliment ? OUI/NON

- - -

- - -

Avez-vous déjà vu un médecin pour un problème de **saignement ?** OUI/NON

Avez-vous déjà fait une **phlébite** ou une **embolie pulmonaire** ? OUI/NON

Avez-vous un appareil pour de l’**apnée du sommeil**? OUI/NON

Avez-vous des **dents** refaites, changées, déchaussées ou qui bougent ? OUI/NON

Avez-vous fumé ou **fumez-vous** encore ? OUI/NON

Avez-vous **d’autres addictions** (alcool, cannabis, drogues) ? OUI/NON

Date :

Signature :