

Référence	QSMEUSE-FORM-0310	Adressogramme
Version	02	
Date d'application	29/10/2019	
Limite de validité	29/10/2022	

Ce document est strictement confidentiel. Il sera remis au médecin anesthésiste. Si le patient n'est pas en état de répondre par écrit, nous demandons et remercions les personnes accompagnantes de le faire à sa place.

Votre âge :ans Votre poids :Kg

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE S.V.P.

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Avez-vous déjà subi une anesthésie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laquelle ? | | |
| | | |
| ➤ Avez-vous eu des nausées et/ou vomissements après l'anesthésie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Avez-vous eu d'autres complications après l'anesthésie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesquelles ? | | |
| ▪ Y-a-t-il des problèmes d'anesthésie dans la famille ? (Parents/Frères/Sœurs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesquels ? | | |
| ▪ Etes-vous allergique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A quoi ? | | |
| Manifestations ?..... | | |
| ▪ Avez-vous des problèmes : | | |
| ➤ de tension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ d'angine de poitrine – infarctus du myocarde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ d'asthme – emphysème– bronchite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ d'hernie hiatale – ulcère – hépatite chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ d'œsophagite – reflux gastro-œsophagien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ de diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ de thyroïde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ urinaires (insuffisance rénale – prostate) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ de neuropathie – déficit moteur/sensitif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ d'anxiété – de dépression nerveuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Saignez-vous facilement – longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Quels médicaments prenez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Référence	QSMEUSE- FORM-0310	Adressogramme
Version	02	
Date d'application	29/10/2019	
Limite de validité	29/10/2022	

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE S.V.P.

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?
Lequel ? Verres/ jour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Fumez-vous ?
Je fume Cigarettes / jour depuis ans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Consommez-vous parfois de la drogue ?
Laquelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REMARQUES

.....
.....
.....
.....
.....

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Veillez cocher la case correspondante S.V.P.

- Patient(e)
 Accompagnant(e)

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou sous anesthésie locorégionale (rachidienne, péridurale ou par bloc périphérique).

Le médecin anesthésiste vous a informé(e) de la manière dont l'anesthésie sera pratiquée et il a répondu à vos questions éventuelles à ce sujet.

Je déclare avoir reçu les informations sur l'anesthésie et j'en accepte la procédure.

Fait le

Signature