

Questionnaire Médical initial

Nom.....

Prénom.....

Motif de consultation.....

Certains éléments pourront être approfondis ou rajoutés lors de la consultation.

1. Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui lesquels

2. Etes vous allergique? Si oui, à quoi ?

3. Avez-vous eu des réactions allergiques aux anesthésiques ?

4. Avez-vous des problèmes pulmonaires ? Asthme ?

5. Etes-vous fumeur ? Si oui, combien de cigarettes par jour ?

6. Avez-vous des problèmes cardiaques ? Si oui, précisez (AVC, porteur de pacemaker...?)

7. Avez-vous des problèmes de saignement ?

8. Avez-vous des problèmes de tension artérielle ?

9. Avez-vous un problème à l'estomac ?

10. Avez-vous un problème neurologique ?

11. Avez-vous des problèmes de dépression ?

12. Avez-vous ou avez-vous eu un cancer ? Si oui, lequel ?
13. Etes-vous diabétique ? Insulinodépendant ?
14. Avez-vous un glaucome ?
15. Etes-vous traité pour l'ostéoporose ? Biphosphonates ?
16. Etes-vous porteur d'une prothèse orthopédique ? date d'intervention ?
17. Etes-vous porteur de l'hépatite ? si oui laquelle ?
18. Etes-vous porteur du HIV (Sida)?
19. Etes-vous porteur de la maladie de Creutzfeldt Jakob ?
20. Prenez-vous des stupéfiants (Cocaïne, Subutex, ...) ?
21. Autres Pathologies
22. Madame, êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? Si oui, date d'accouchement ?
23. Allaitiez-vous ?
24. Je déclare sur l'honneur n'avoir aucune pathologie de quelque nature que ce soit
25. Avez-vous des signes de maladie respiratoire ? Si oui, fièvre ? toux ?

26. Avez-vous été dépisté COVID19 positif ?

Fait

à.....

Le.....

.....

Signature