

Dr François BOUVET  
Dr Thierry BUREAU  
Dr Sébastien CAMPARD  
Dr Patrick CHOMARAT  
Dr Guillaume DEBEC  
Dr Lionel DESCHIENS  
Dr Thierry GAZEAU  
Dr Jean-Marie HUBERT  
Dr Edouard LEGRAND  
Dr Martin LIARD  
Dr Bertrand MAUBRAS  
Dr Nelly RONDEAU  
Dr Gilles ROUAU

**SELARL Phileas.** Société d'Exercice Libéral de médecins spécialistes en Anesthésie-Réanimation

Tél : 02 51 17 30 31 - Fax : 02 51 17 30 32. Mail : [secretariat@anesthesie-phileas.com](mailto:secretariat@anesthesie-phileas.com)

RDV internet : [www.anesthesie-clinique-jules-verne.fr](http://www.anesthesie-clinique-jules-verne.fr)

**2 sites de consultation à votre disposition :**

- **à Nantes** : Clinique Jules Verne. 2-4 route de Paris - 44314 Nantes cedex 3. Rez de Chaussée Haut.  
*Tramway ligne 1 (Station HALUCHERE) du lundi au vendredi, de 8h30 à 19h00*
- **à Ancenis** : Centre de consultation Jules Verne : 139 rue Georges Guynemer – 44 150 Ancenis  
*ZAC de l'Aéropôle*



**Nous vous prions de remplir soigneusement ce questionnaire. Il nous permettra de mieux préparer votre anesthésie.**

**Pour les enfants, nous demandons aux parents de bien vouloir présenter le carnet de santé et l'autorisation d'opérer complétée et signée par les deux parents. Merci**

Vous avez rendez-vous le...../...../.....à.....h.....

Avec le Docteur : .....

Ambulatoire  Hospitalisation complète Date d'intervention : ...../...../..... Date d'entrée : ...../...../..... Heure d'entrée : .....h.....

Type d'intervention : .....

Nom du chirurgien : .....Nom du médecin traitant : .....

**Veillez apporter :**

**1 : Votre carte vitale et votre carte de mutuelle.**

**2 : Vos ordonnances et analyses récentes, carte de groupe, électrocardiogramme, compte rendu de consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue...)**

Mme  Mlle  Mr  Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Votre poids : ..... Votre taille : ..... Votre profession : .....

Avez-vous déjà été opéré(e) :  Oui  Non – Si OUI, de quoi ? : .....

- |                         |   |   |                        |  |   |
|-------------------------|---|---|------------------------|--|---|
| <b>Cardiovasculaire</b> | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine                         | <input type="checkbox"/> Infarctus            | <b>Digestif</b>        | <input type="checkbox"/> Hépatite  | <input type="checkbox"/> Mal des transports |
|                         | <input type="checkbox"/> Arythmie                                   | <input type="checkbox"/> Œdème des jambes     |                        | <input type="checkbox"/> Ulcère  | <input type="checkbox"/> Hernie hiatale     |
|                         | <input type="checkbox"/> Souffle au cœur                            |   |                        | <input type="checkbox"/> Autres : .....                                    |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle                    |   | <b>Neurologique</b>    | <input type="checkbox"/> Convulsions                                       |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque                     |   |                        | <input type="checkbox"/> Accident Vasculaire Cérébral                      |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Varices                                    | <input type="checkbox"/> Artérite             |                        | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance                            |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Phlébites                                  | <input type="checkbox"/> Embolies             |                        | <input type="checkbox"/> Sciatique <input type="checkbox"/> Autres : ..... |   |
| <b>Respiratoire</b>     | <input type="checkbox"/> Asthme                                     |   | <b>Allergique</b>      | <input type="checkbox"/> Produits iodés                                    |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Ronflement                                 | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil     |                        | <input type="checkbox"/> Médicaments : .....                               |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Bronchites                                 | <input type="checkbox"/> Pneumonie, Pleurésie |                        | <input type="checkbox"/> Autres : .....                                    |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Fumeur (.....cigarettes/jour)              |   | <b>Autres maladies</b> | <input type="checkbox"/> Diabète   | <input type="checkbox"/> Cholestérol        |
|                         | <input type="checkbox"/> Autres : .....                             |   |                        | <input type="checkbox"/> Glaucome  | <input type="checkbox"/> Thyroïde           |
| <b>Urinaires</b>        | <input type="checkbox"/> Prostate                                   | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale  |                        | <input type="checkbox"/> Dépression  | <input type="checkbox"/> Tétanie            |
|                         |   |   |                        | <input type="checkbox"/> Autres : .....                                    |   |
| <b>Hémorragiques</b>    | <input type="checkbox"/> Saignements prolongés après des opérations |   |                        | <input type="checkbox"/> Règles très abondantes                            |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Saignements de nez fréquents               |   |                        | <input type="checkbox"/> "Bleus" fréquents                                 |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Transfusions                               |   |                        | <input type="checkbox"/> Hémophilie dans la famille                        |   |

**Pour les enfants** : Antécédents familiaux :  Myopathie  Strabisme  Hyperthermie maligne  Maladie neurologique

**Quels sont les médicaments que vous prenez ? (Apportez OBLIGATOIREMENT vos ordonnances de médicaments)**

Le matin : .....

Le midi : .....

Le soir : .....

Avez-vous déjà pris récemment d'autres médicaments : .....

Portez-vous une prothèse :  dentaire  auditive  lentille oculaire  autres : .....

Pour les femmes : êtes-vous enceinte :  Oui  Non Prenez-vous la pilule ?  Oui  Non

**Date :**

**Signature :**