
Questionnaire santé

Interventions

Vous avez pris la décision de subir une opération chez nous. Nous vous remercions de votre confiance ! Pour votre sécurité et pour vous garantir un déroulement optimal de l'intervention, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire. Les questions concernent votre état de santé général. Veuillez répondre à chaque question en cochant les cases oui ou non. Veuillez s'il vous plaît aussi tenir compte du verso de ce formulaire.

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

	Oui	Non
Problèmes cardiaques ou circulatoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertension artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendance hémorragique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complications au cours d'un traitement médical ou dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du transit intestinal, troubles biliaires ou hépatiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes rénaux ou urinaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du système nerveux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyper-réaction à des médicaments (par exemple pénicilline)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oui

Non

Avez-vous déjà subi une anesthésie locale ?

Prenez-vous actuellement régulièrement des médicaments ?

Si oui, veuillez en faire la liste

Fumez-vous ?

Avez-vous passé un test du SIDA ?

Si oui, quel est le résultat ?

Etes-vous enceinte ?

J'ai compris toutes les questions et y ai répondu
en toute sincérité.

Nom et prénom

Date de naissance

Date

Signature