



**clinique des landes**

250 rue Frédéric Joliot-Curie  
40280 Saint Pierre Du Mont  
Tél. 0 826 30 67 67  
Fax 05.58.75.73.51.  
[www.cliniquedeslandes.fr](http://www.cliniquedeslandes.fr)

## Questionnaire Médical préalable à l'intervention

**A REMPLIR ET A REMETTRE A  
L'ANESTHESISTE LORS DE LA  
CONSULTATION**

### A remplir par le Malade

Afin de mieux vous connaître sur le plan médical, et en vue de votre examen, veuillez avoir l'obligeance de répondre à ce questionnaire, en vous faisant éventuellement aider par votre médecin traitant.

NOM..... Prénom..... Date de naissance.....

NOM de jeune fille.....

Sexe  F  M Taille..... Poids.....

Profession.....

Médecin traitant.....

Nature de l'intervention..... CHIRURGIEN : Dr.....

Date de l'intervention.....

**Avez-vous déjà été opéré ?**  OUI  NON

De quoi ? .....

**Avez-vous des antécédents obstétricaux ?**

<b>Grossesse</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	NOMBRE :
<b>Accouchement</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	NOMBRE :
<b>Césarienne</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	NOMBRE :

**Avez-vous eu des anesthésies générales ?**  OUI  NON

**Avez-vous eu des anesthésies locales ?**  OUI  NON