



Clinique St Pierre  
OTTIGNIES

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Prise de rendez-vous au 010 437 370

*Pour des raisons d'archivage, veuillez utiliser  
une encore NOIRE pour répondre ! Merci*

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL À COMPLÉTER ET À AMENER LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION D'ANESTHÉSIE.

*N'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant*

- Les différentes techniques pratiquées par le service d'anesthésiologie, les effets secondaires et complications les plus fréquentes sont expliquées dans un document que vous pouvez consulter sur le site internet.



**J'ai consulté ce document : OUI | NON**

- La plupart des résultats d'examens et consultations réalisées en dehors de la Clinique St Pierre se retrouvent sur le serveur du Réseau de Santé Wallon (RSW)

**J'autorise les médecins anesthésistes à consulter ces documents : OUI | NON**

**La consultation nécessite une prise en charge RAC : OUI | NON**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Sexe : M ou F**

**numéro de téléphone :**

**Poids : ..... kg**

**Taille : ..... cm**

**Exercice physique pratiqué :**

**Nom du chirurgien :**

**Date de l'intervention :**

**Type d'intervention :**



## **Antécédents familiaux**

4. Un membre de votre famille a-t-il eu :

- Un infarctus ? Un accident vasculaire cérébral ? **OUI | NON**
- Un problème grave durant une anesthésie ? **OUI | NON**
- Un problème de coagulation du sang ? **OUI | NON**

5. Pour les personnes concernées : êtes-vous **enceinte** ? **OUI | NON**

6. Consommez-vous de l'alcool ? **OUI | NON**