

- Avez-vous des allergies: non oui
- | | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
- alimentaires (ananas, kiwi, fraise, œuf...) ?
 - médicamenteuses (pénicilline, anti-inflammatoires, iode) ?
 - cutanées (bétadine, sparadrap, latex) ?

- Quelles interventions chirurgicales avez-vous eu jusqu'à maintenant ?

- Quel(s) type(s) d'anesthésie avez-vous déjà eu précédemment ? non oui
- | | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
- anesthésie générale
 - anesthésie loco-régionale (ex : anesthésie d'un membre)
 - péridurale
 - rachianesthésie

- Avez-vous rencontré des problèmes au cours de ces anesthésies ?
- | | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
- réveil difficile
 - nausées-vomissements
 - intolérance médicamenteuse
 - autres

- Fumez-vous, ou avez-vous arrêté récemment ? non oui

--	--

- Ressentez-vous régulièrement des remontées acides gastriques ? non oui

--	--

- Avez-vous déjà eu une phlébite ou une embolie pulmonaire ? non oui

--	--

- et dans votre famille ? non oui

--	--

- Avez-vous des varices ou des sensations de jambes lourdes ? non oui

--	--

- Avez-vous l'impression de saigner facilement au quotidien (nez, gencives, muqueuses, saignement prolongé aux coupures...) ? non oui

--	--

- Existe-il des maladies hémorragiques dans votre famille ? non oui

--	--

- Aviez-vous des difficultés à monter 2 étages (avant la grossesse) ? non oui

--	--

- Avez-vous déjà eu par le passé :
- | | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
- des douleurs dans la poitrine ?
 - des palpitations ?
 - un malaise avec perte de connaissance ?

- Portez-vous un appareil dentaire, des dents sur pivots, implants ? non oui

--	--

- Avez-vous des dents cassées ou qui bougent ? non oui

--	--

- Avez-vous des piercings ou des lentilles de contact ? non oui

--	--

- Avez-vous un tatouage dans le dos ? non oui

--	--

- Avez-vous reçu du sang (ou autre produit sanguin) par le passé ? non oui

--	--

- Avez-vous actuellement des douleurs lombaires ou une sciatique ? non oui

--	--

- Quels médicaments prenez-vous en ce moment ?