

Formulaire préanesthésie

Nom : _____	Taille : _____ cm
Prénom : _____	Poids : _____ kg
Date de naissance : _____ - _____ - _____	Groupe sanguin : _____

Prenez-vous des médicaments ? OUI NON

Médicaments	Dosage	Matin	Midi	Soir	Coucher

Avez-vous déjà subi une anesthésie ? OUI NON

Si oui :

Intervention : _____ Date : _____

Avez-vous présenté des complications lors de l'anesthésie? OUI NON

Si oui, lesquelles : _____

Avez-vous des allergies ? OUI NON

Si oui, lesquelles : _____

Avez-vous des problèmes de santé ? OUI NON

Si oui, lesquels : _____

Date : _____ - _____ - _____

Signature : _____