

¿ Han habido incidentes o accidentes de anestesia ? en caso afirmativo ¿ cuales ?

.....

II. ESTILO DE VIDA – OTRAS COSAS

- ¿ es fumador ? SI Cuanto/día : NO
- ¿ Consume alcohol ? Nunca Tampoco Regularmente De manera importante
- ¿ Consumas usted drogas ? SI NO
- ¿ Que medicament os tomas ? (pastillas, inyección, collyres, inhalación)

Nombre	Posologia
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III. ¿SUFRE UNA A MAS ENFERMEDADES DE LAS SIGUIENTES ?

Si responden SI a una cuestión, gracias por dar precisiones.

ALERGIA	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
- ¿Es alérgico a una medicina o a un alimento ? (placas rojas, inflamientos, urticaria)				
¿Los cuales ?				
¿Sufre rinitis alérgica ?				
¿Ha tenido urticaria o edema ?				
- ¿Tiene problemas con un medicamento (malestar, vomito, diarrea, úlcera) ?				
¿Tiene del eczema ?				

CORAZON Y VASOS SANGUINEOS	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿Cuál es su tension arterial acostumbrada ?				
¿Esta usted en tratamiento para corazón ?				
¿Tiene colesterol ?				
¿Esta asopla anormalmente después de subir un piso ?				
¿Esta en tratamiento para la hipertensión arterial ?				
¿Sufre de un soplo al corazón ?				

CORAZON Y VASOS SANGUINEOS (suite)	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿Siente dolores en el pecho cuando realiza un esfuerzo ?				
¿Tienes palpitaciones ?				
¿Hizo un infarto ?				
¿Tienes varices ?				
¿Ha sufrido del flebitis o una embolia pulmonar ?				
¿Tienes dolores en las piernas a la marcha ?				
PULMONES	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
Ha estado en tratamiento para los pulmones ?				
Tiene asma o bronquitis asthmatiformes ?				Fecha de la última crisis
¿Ha estado hospitalizado por una crisis de asma ?				
¿Tiene bronquitis crónica ?				
¿Tose y escupe a menudo ?				
¿Ya tuvo la tuberculosis ?				
¿Ronca o hace usted de la apnea del sueño ?				
SISTEMA NEUROLOGICO	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿Tiene migrañas ?				
¿Ha sufrido convulsiones (epilepsia) ?				
¿Hizo una meningitis ?				
¿Ha sufrido una depresión nerviosa ?				
¿Tiene vértigos ?				
¿Ha sufrido de parálisis (Accidente Vascular Cerebral)				
¿Tiene problemas de la columna vertebral ? (ciática, hernia discal, malformación, fractura)				
ENDOCRINOLOGIA	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿Tiene diabetes ?				
¿Si, si tienes usted complicaciones de la diabetes ?				
¿Tiene problemas a la tiroides ?				

APARATO DIGESTIVO, HIGADO	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿Ha tenido una úlcera estomacal ?				
¿Tiene una hernia diafragmática o reflujo gastro esofágico ?				
¿Ha sufrido una hepatitis viral ?				
APARATO URINARIO	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿Ha sufrido infecciones urinarias ?				
¿Hizo cólicos nephretiques ?				
¿Ha sufrido insuficiencia renal ?				
¿Tienes dificultades en orinar ?				
¿Se levanta la noche para orinar ?				¿Cuantes veces ?
SANGRE	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿Tiene una tarjeta de grupo sanguíneo ?				
- ¿Ya has sido transfundido ?				¿Si si, cuando ? ¿Porque ?
¿Le salen fácilmente hematomas (morados) ?				
¿Sangra mucho tiempo después un pequeño corte?				
¿Ha menudo echa sangre por las narices ?				
¿Toma aspirina o anticoagulantes ?				
<u>DIENTES</u>	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿Tiene un aparato dental ? <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Amovible <input type="checkbox"/> Implante				
¿Tiene dientes frágiles ?				
<u>PARA LAS MUJERES</u>	Oui	Non	Ne sais pas	Précisions
¿ Allí sido una posibilidad para que seas ceñida ?				
En su familia (padre-madre-hermano-hermana-tío-tía-primo) pensó hablar de miopatía, miastenia, porphyrie				
En su familia (padre-madre-hermano-hermana-tío-tía-primo) pensó hablar de accidente de anestesia ?				