





14. Etes-vous enceinte ?	oui £	non £
<hr/>		
15. Portez-vous des prothèses dentaires amovibles ?	oui £	non £
Des prothèses fixes ?	oui £	non £
<hr/>		
16. Etes-vous porteur d'un Pace-Maker ?	oui £	non £
<hr/>		
17. Souffrez-vous de varices ?	oui £	non £
Avez-vous des antécédents de phlébite ou d'embolie ?	oui £	non £
<hr/>		
18. Etes-vous fumeur ?	oui £	non £
Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	oui £	non £
<hr/>		
19. Etes-vous porteur d'une maladie transmissible ?	oui £	non £
<hr/>		

date :

Signature du patient :

date :

Signature de l'anesthésiste

Signature du médecin de famille :