

HOSPITALISATION ENFANT

Nom Prénom

DN / /

Téléphone / Médecin traitant

Intervention

Chirurgien

Date / / Entrée à H



Poids

..... Kgs

Taille

..... cm

Questionnaire médical

Ce questionnaire est destiné à mieux connaître l'état de santé de votre enfant en vue de l'intervention programmée.

Emportez ce document avec vous lors de la consultation d'anesthésie APRÈS L'AVOIR COMPLÉTÉ.

S'il y a des termes que vous ne comprenez pas, l'anesthésiste vous les expliquera et vous aidera à remplir le questionnaire.

I. Antécédents chirurgicaux et anesthésiques

Votre enfant a-t-il subi une intervention ?

OUI

NON

Si oui, veuillez détailler ses interventions :

- Quand ? / /

- Quand ? / /

- Quand ? / /

- Quand ? / /

- Quand ? / /

- Quand ? / /

Votre enfant a-t-il eu

→ des complications pendant ou après l'anesthésie ?

OUI

NON

Lesquelles ?

→ Une réaction anormale à la prémédication ?

OUI

NON

Un membre de votre famille a-t-il présenté un problème lors d'une anesthésie

Si oui, lequel ?

II. Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ? Quand ? Combien ?

Nom	Posologie [mg]	Matin	Midi	Soir

HOSPITALISATION ENFANT

III. Naissance

- Est-il né à terme ? OUI NON
- Y a-t-il eu des problèmes lors de la naissance ? OUI NON
- Lesquels ?
- En garde-t-il des séquelles ? OUI NON
- A-t-il séjourné en néonatalogie ? OUI NON
- Pourquoi ?

IV. Antécédents médicaux

- Votre enfant a-t-il déjà été gravement malade ?** OUI NON
- Quelle maladie ?
- A-t-il été hospitalisé ? OUI NON
- Est-il suivi par un cardiologue ?** OUI NON
- A-t-il une activité sportive ?** OUI NON
- Est-il asthmatique ?** OUI NON
- Fait-il souvent des crises ?** OUI NON
- A-t-il eu :** OUI NON
- des bronchiolites, des bronchopneumonies, des laryngites, des otites, des angines, OUI NON
- ronfle-t-il ? OUI NON
- Votre enfant a-t-il été malade récemment** OUI NON
- A-t-il fait de la fièvre ? OUI NON
- Pourquoi ?
- Est-il régulièrement en contact avec de la fumée de cigarette OUI NON
- A-t-il ou a-t-il eu du reflux ? OUI NON
- Votre enfant a-t-il déjà présenté** OUI NON
- des convulsions ? OUI NON
- des crises d'épilepsie ? OUI NON
- des commotions cérébrales ? OUI NON
- des pertes de connaissance ? OUI NON
- Votre enfant**
- Présente-t-il des ecchymoses [bleus] sans cause apparente ? OUI NON
- A-t-il déjà saigné longtemps après :
- un traumatisme OUI NON
 - une prise de sang OUI NON
 - ou la perte d'une dent OUI NON
- Y-a-t-il des membres de votre famille qui ont des problèmes de coagulation sanguine OUI NON
- Votre enfant est-il en ordre de vaccination ?** OUI NON
- Votre enfant suit-il un régime particulier ?** OUI NON
- Lequel ?
- Est-il diabétique ?** OUI NON



HOSPITALISATION ENFANT

V. Allergie

Votre enfant a-t-il déjà présenté une allergie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, à quoi ?		
- médicaments ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Lesquels ?		
- aliments [banane, kiwi, cacahuète, ...] ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- sparadrap ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- produit utilisé par le dentiste ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- produit utilisé lors d'un examen médical ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- aux pollens ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- aux acariens ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- latex ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si allergie à un antibiotique, quel antibiotique tolère-t-il bien ?		
Comment se manifeste l'allergie ?		
- conjonctivite ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- rougeurs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- difficultés respiratoires ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- gonflement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- œdèmes ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

VI. Divers

A-t-il un :		
- appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- des dents fragiles ou instables ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

