

Dr BOLDIN
Dr CLARINVAL
Dr DE LEVAL
Dr GENONCEAUX
Dr HENIN
Dr JACQUEMIN
Dr LHOTEL
Dr SCHILS

Etiquette du patient

SERVICE ANESTHESIE

Questionnaire de Santé - Adulte

**Ce questionnaire doit obligatoirement figurer dans votre dossier médical avant toute intervention.
Ce document est strictement confidentiel.
Si vous le souhaitez, vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant.**

Intervention prévue le :

Chirurgien :

Date de l'intervention :

Poids : Taille :

I. ANTECEDENTS MEDICAUX

a) Cardiaque :

- Avez-vous souffert ou souffez-vous ?
 - D'hypertension artérielle ? OUI NON
 - D'angine de poitrine ? OUI NON
- Avez-vous fait un infarctus ? OUI NON
- Avez-vous un pacemaker ? OUI NON
- Avez-vous eu des phlébites ? OUI NON
- Avez-vous des varices ? OUI NON
- Autres ? OUI NON

b) Pulmonaires :

- Avez-vous souffert ou souffez-vous ?
 - D'asthme ? OUI NON
 - De bronchite chronique ? OUI NON
 - D'embolie pulmonaire ? OUI NON

- Fumez-vous ? OUI NON
 - Nombre de cigarettes par jour :
 - Nombre d'années :
- Êtes-vous sous oxygène ? OUI NON
- Faites-vous des aérosols ? OUI NON
- Souffrez-vous d'apnée du sommeil ? OUI NON
 - Ronflez-vous ? OUI NON
 - Avez-vous une CPAP ? OUI NON
- Autres ? OUI NON

c) Gastriques :

- Avez-vous (eu) un ulcère à l'estomac/duodénum ? OUI NON
- Souffrez-vous de « brûlant », reflux ? OUI NON
- Avez-vous perdu du poids récemment ? OUI NON
- Avez-vous (eu) une hépatite ? OUI NON
 - Si oui, laquelle ? Hépatite A Hépatite B Hépatite C
- Souffrez-vous d'une autre maladie contagieuse ? OUI NON
 - Si oui, laquelle ?

d) Divers :

- Avez-vous ou souffez-vous ?
 - De diabète ? OUI NON
 - Si oui : Suivez-vous un régime ? OUI NON
 - Prenez-vous des médicaments ? OUI NON
 - Prenez-vous de l'insuline ? OUI NON
 - De la thyroïde ? OUI NON
 - De dépression ? OUI NON
 - De la migraine ? OUI NON
 - D'épilepsie ? OUI NON
 - De Parkinson ? OUI NON
 - De glaucome ? OUI NON
- Avez-vous eu un antécédent vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien ? OUI NON
 - Si oui, quand ?
 - séquelles :

POUR LES FEMMES :

- Prenez-vous une contraception ? OUI NON
- Êtes-vous enceinte ? OUI NON

- Êtes-vous susceptible d'être enceinte ? OUI NON

II. ALLERGIES

- Avez-vous présenté une allergie ?
 - *Au latex ?* OUI NON
 - *À un médicament ?* OUI : lequel ?..... NON
 - *À un aliment (fruits, colorants) ?* OUI : lequel ?..... NON
 - *À un sparadrap ?* OUI : lequel ?..... NON
 - *À un produit utilisé par le dentiste ?* OUI NON
 - *À un produit utilisé lors d'un examen radiologique ?* OUI NON
 - *À autre chose ?* OUI : laquelle ?.....
- Comment se manifeste l'allergie ?
 - *Un eczéma ?* OUI NON
 - *Un urticaire ?* OUI NON
 - *Une rhinite ?* OUI NON
 - *Des difficultés respiratoires ?* OUI NON
 - *Une hypotension importante ?* OUI NON
 - *Autre manifestation ?* OUI NON

III. MEDICATIONS

Prenez-vous des médicaments actuellement ? **OUI NON**

Si oui, veuillez remplir le tableau ci-après.

<u>Noms des médicaments</u>	<u>Dosage</u>	<u>Matin</u>	<u>Midi</u>	<u>Soir</u>	<u>Coucher</u>

- Avez-vous pris de la cortisone au cours de l'année écoulée ? OUI NON
- Prenez-vous un médicament suivant ? OUI NON

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Metformine | <input type="checkbox"/> Eliquis | <input type="checkbox"/> Clexane |
| <input type="checkbox"/> Asaflow | <input type="checkbox"/> Sintrom | <input type="checkbox"/> Metformax | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Fraxiparine |
| <input type="checkbox"/> Glucophage | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Cardioaspirine | <input type="checkbox"/> Arixtra | |

Si oui, combien par jour / dosage ?

- Prenez-vous des drogues ? OUI NON
 - Si oui, lesquelles ?
- Prenez-vous de l'alcool ? OUI NON
 - Si oui, combien de verres par jour ?
- Supportez-vous les anti-inflammatoires ? OUI NON
 - Si non, pourquoi ?
- Mettez-vous des gouttes oculaires ? OUI NON
- Prenez-vous des compléments alimentaires ? OUI NON
- Suivez-vous un régime amaigrissant ? OUI NON
- Portez-vous une prothèse dentaire ? OUI NON
- Avez-vous un piercing ? OUI NON
 - Si oui, à quel endroit ?
- Avez-vous un tatouage ? OUI NON
 - Si oui, à quel endroit ?

IV. ANAMNESE HEMATOLOGIQUE

- Faites-vous facilement des ecchymoses (bleus) sans causes apparentes ? OUI NON
- Avez-vous déjà consulté un médecin pour arrêter un saignement de nez ? OUI NON
- Avez-vous eu des saignements prolongés après des opérations mineures (amygdalectomie, appendicectomie, circoncision, suture de plaie, extraction dentaire) ? OUI NON
- Après une chirurgie, avez-vous été réopéré pour une hémorragie ? OUI NON
- Avez-vous été transfusé ? OUI NON
- Les incidents précédents se sont-ils produits chez quelqu'un de votre famille ? OUI NON

V. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

- **Avez-vous déjà été opéré ?** **OUI NON**
 - Si oui, veuillez détailler vos interventions :

..... Quand ?/...../.....

..... Quand ?/...../.....

..... Quand ?/...../.....

..... Quand ?/...../.....
 Quand ?/...../.....
 Quand ?/...../.....
 Quand ?/...../.....
 Quand ?/...../.....
 Quand ?/...../.....
 Quand ?/...../.....
 Quand ?/...../.....

VI. ANTECEDENTS ANESTHESIQUES

▪ Avez-vous déjà eu une anesthésie ? OUI NON

○ *Si oui :*

❖ Avez-vous eu des complications pendant l'anesthésie ? OUI NON

Lesquelles ?

❖ Avez-vous eu des complications après l'anesthésie ? OUI NON

Lesquelles ?

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

○ *Si oui, lequel ?*

▪ Y a-t-il une remarque éventuelle concernant l'anesthésie ? OUI NON

○ *Si oui, laquelle ?*

.....

Fait le/...../.....

Signature :