

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 ?/...../.....

| |
|-------------------------------|
| 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 :