

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 - Pédiatrie

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

- | | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| ▪ Votre enfant est-il né à terme ? | OUI | NON |
| ▪ Est-il en bonne santé ? | OUI | NON |
| ▪ Souffre-t-il : | | |
| ○ <i>D'asthme ?</i> | <i>OUI</i> | <i>NON</i> |
| ○ <i>D'épilepsie ?</i> | <i>OUI</i> | <i>NON</i> |
| ○ <i>De problème cardiaque ?</i> | <i>OUI</i> | <i>NON</i> |
| ○ <i>De maladie contagieuse ?</i> | <i>OUI</i> | <i>NON</i> |
| ○ <i>Autre ?</i> | <i>OUI</i> | <i>NON</i> |

II. PREND-IL DES MEDICAMENTS ?

- Lesquels ?.....
.....
- Dosage ?.....
.....

III. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIE ?

- Lesquelles ?.....
- Manifestations ?.....
.....
- Y a-t-il un terrain familial allergique ? OUI NON
 - *Si oui, lequel ?*.....
 - *Chez qui ?*

IV. VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ OPERÉ ?

- De quoi ?.....
- Quand ?.....
- Y a-t-il des problèmes lors de cette intervention ? OUI NON
 - *Si oui, lequel ?*.....
- Y a-t-il des antécédents familiaux de problèmes lors d'une anesthésie ? OUI NON
 - *Si oui, lequel ?*.....
 - *Chez qui ?*

V. VOTRE ENFANT SAIGNE-T-IL FACILEMENT ?

- Des bleus anormaux ? OUI NON
- Lors du brossage de dents ? OUI NON
- Du nez ? OUI NON
- Lors d'une chirurgie ? OUI NON
- Y a-t-il un antécédent familial de saignement anormal lors :
 - *D'une chirurgie ?* OUI NON
 - *D'un accouchement ?* OUI NON
- Y a-t-il une maladie héréditaire de la coagulation ? OUI NON

VI. VOTRE ENFANT A-T-IL FAIT RECEMMENT ?
--

- | | | |
|--------------------------------|-----|-----|
| ▪ Une maladie infantile ? | OUI | NON |
| ○ <i>Quand ?</i> | | |
| ▪ Un pic de température ? | OUI | NON |
| ▪ Une infection respiratoire ? | OUI | NON |

Fait le/...../.....
Signature :