

Nom Prénom
 DN / /
 Téléphone / Médecin traitant
 Intervention
 Chirurgien
 Date / / Entrée à H
 Poids Kgs Taille m

Questionnaire médical

Ce questionnaire est destiné à mieux connaître votre état de santé en vue de l'intervention programmée. Emportez ce document avec vous lors de la consultation d'anesthésie. 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

Avez-vous déjà subi une opération

OUI NON

Si oui, veuillez détailler vos interventions :

| | | |
|---------|---------|-----------------------|
| - | Quand ? | / / |
| - | Quand ? | / / |
| - | Quand ? | / / |
| - | Quand ? | / / |
| - | Quand ? | / / |
| - | Quand ? | / / |
| - | Quand ? | / / |
| - | Quand ? | / / |

Avez-vous eu des complications pendant ou 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 ?

II. Médicaments

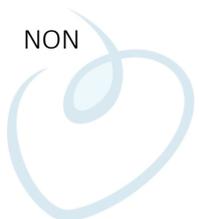
Prenez-vous des médicaments ?

Si oui, lesquels ? Quand ? Combien ?

| | | | | |
|---------|---------|-------|-----------|-------|
| - | Quand ? | ..... | Combien ? | ..... |
| - | Quand ? | ..... | Combien ? | ..... |
| - | Quand ? | ..... | Combien ? | ..... |
| - | Quand ? | ..... | Combien ? | ..... |
| - | Quand ? | ..... | Combien ? | ..... |
| - | Quand ? | ..... | Combien ? | ..... |
| - | Quand ? | ..... | Combien ? | ..... |
| - | Quand ? | ..... | Combien ? | ..... |

Faites-vous des aérosols ?

OUI NON



III. Antécédents gynécologiques
Pour les femmes

- Avez-vous déjà été enceinte ? [Combien de fois X] OUI NON
- Avez-vous eu des péridurales ? OUI NON
- Etes-vous enceinte ? OUI NON
- Quel est votre moyen contraceptif ?

IV. Antécédents médicaux
Souffrez-vous

- d'hypertension artérielle ? OUI NON
 - d'hypotension artérielle ? OUI NON
 - d'angine de poitrine ? OUI NON
 - de troubles du rythme cardiaque ? OUI NON
- Faites-vous des syncopes [perte de connaissance] ? OUI NON
- Avez-vous déjà eu un infarctus ? OUI NON
- Avez-vous un pacemaker ? OUI NON
- Etes-vous suivi régulièrement par un cardiologue ? OUI NON
- Qui ? Date de la dernière visite ? / /
- Quel sport pratiquez-vous ?

- Avez-vous des varices ? OUI NON
- Avez-vous déjà eu des phlébites OUI NON
- Avez-vous les pieds gonflés en fin de journée ? OUI NON

Avez-vous souffert, ou souffrez-vous

- asthme ? OUI NON
 - bronchite chronique ? OUI NON
 - d'emphysème ? OUI NON
 - d'embolie pulmonaire ? OUI NON
 - d'apnées du sommeil ? OUI NON
- Pouvez-vous monter facilement une volée d'escaliers sans vous arrêter pour un problème de souffle ? OUI NON
- Fumez-vous ? OUI NON

Si oui, lesquelles Quelle quantité

Avez-vous [eu]

- un ulcère à l'estomac ? OUI NON
 - une œsophagite ? OUI NON
 - une hernie hiatale ? OUI NON
 - du reflux [brûlant] ? OUI NON
 - une hépatite [jaunisse] OUI NON
 - une maladie des intestins ? OUI NON
- Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? OUI NON

Si oui, lesquelles Quelle quantité

Avez-vous souffert, ou souffrez-vous

- de diabète ? OUI NON
- de problèmes à la thyroïde ? OUI NON
- d'épilepsie ? OUI NON
- de Parkinson ? OUI NON
- de migraine ? OUI NON
- de dépression ? OUI NON
- de maladie des yeux ? OUI NON
- avez-vous du glaucome ? OUI NON

- Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien ?** OUI NON
 Si oui, quand ? / /
- Avez-vous gardé des séquelles ?** OUI NON
- Avez-vous déjà eu des problèmes aux reins ?** OUI NON
- Avez-vous déjà saigné longtemps du nez ou lors d'une extraction dentaire ?** OUI NON
- Avez-vous eu des hémorragies après une intervention ?** OUI NON
- Avez-vous eu des hémorragies après un accouchement ?** OUI NON
- Présentez-vous parfois des ecchymoses sans cause apparente ?** OUI NON
- Y a-t-il des membres de votre famille qui ont des problèmes de coagulation ?** OUI NON
- Avez-vous déjà été transfusé[e]** OUI NON
- A quelle occasion ?
- Quel est votre groupe sanguin ?** A⁺ A⁻ B⁺ B⁻
 O⁺ O⁻ AB⁺ AB⁻

V. Allergie

- Avez-vous présenté une allergie ?** OUI NON
 Si oui, à quoi ? OUI NON
- médicaments ? OUI NON
 - aliments ? OUI NON
 - sparadrap ? OUI NON
 - produit utilisé par le dentiste ? OUI NON
 - produit utilisé lors d'un examen radiologique ? OUI NON
 - pollen ? OUI NON
 - acariens ? OUI NON
 - latex ? OUI NON
- Si allergie à un antibiotique, quel antibiotique tolérez-vous bien ?**
- Comment se manifeste l'allergie ?**
- conjonctivite ? OUI NON
 - rougeurs ? OUI NON
 - difficultés respiratoires ? OUI NON
 - gonflement ? OUI NON
 - œdèmes ? OUI NON

VI. Divers

Avez-vous des :

- prothèses dentaires ? OUI NON
- appareil dentaire ? OUI NON
- dents fragiles ou instables ? OUI NON
- piercings ? OUI NON
- tatouages ? OUI NON

Au cours de votre entrevue avec l'anesthésiste, il vous informera du type d'anesthésie prévue et demandera votre consentement (ou celui du représentant pour les mineurs). Vous lui poserez toutes les questions que vous jugerez nécessaires pour vous aider dans votre décision.

Consentement

J'affirme qu'un médecin du service d'anesthésie m'a informé(e) des avantages et des risques éventuels de l'anesthésie qui m'est proposée.

Je donne mon consentement pour l'anesthésie ou tout autre acte médical jugé nécessaire par les anesthésistes.

Date / /

Signature

