rz tienen
regionaal ziekenhuis
heilig hart tienen vzw

CHAMBRE:

DATE DE L'OPERATION:

CHIRURGIEN:

SERVICE ANESTHESIE

Questionnaire préopératoire (patient adulte)

Ces informations vous sont demandées dans le seul but de vous offrir les soins les plus adaptés compte tenu de votre état de santé. La sincérité de vos réponses est donc capitale. Essayez dès lors de nous communiquer des informations claires et complètes. Vos réponses sont sous secret médical et font l'objet d'un traitement strictement confidentiel. Si le patient n'est pas en mesure de répondre personnellement à ce questionnaire par écrit, nous prions la personne qui l'accompagne de le faire a sa place.

Données du patient

VOTRE NOM & PRENOM: .....

VOTRE ADRESSE: .....

.....

VOTRE DATE DE NAISSANCE : .....

VOTRE MEDECIN DE FAMILLE : .....

LE NUMERO DE VOTRE MUTUELLE : .....

VOTRE POIDS : .....

VOTRE TAILLE : .....

VOTRE PROFESSION: .....

VOTRE TEL. DOMICILE : .....

VOTRE GSM : .....

(Merci de compléter ces deux numéros de téléphone si vous en disposez.)

NOM + TEL DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

.....

Vous êtes prié(e) de ne plus manger, grignoter ou fumer **à partir de 24h (minuit)**. Il vous est permis de boire de l'eau plate avec modération entre **24h et 4h**. **Après 4h,** il vous faudra rester **strictement à jeun**, sauf prescription médicale différente de votre médecin. Laissez vos bijoux, broches, pinces à cheveux, bagues et autres accessoires chez vous. Merci de ne porter ni maquillage, ni vernis (cela vaut pour les ongles des mains et des pieds). Nous vous prions par ailleurs de ne porter que des vêtements confortables.

1. Pour quelle opération vous rendez-vous à l'hôpital ? .....
Gauche ou droite ? .....

2. **A**. Avez-vous déjà subi une intervention ? .....

B. Quelles opérations et quand ? .....

C. Avez-vous déjà été sous anesthésie générale ? .....

Si oui, pourquoi ? .....

Avez-vous eu des nausées ou vomissements lors d'une anesthésie précédente ? .....

D. Avez-vous, ou un membre de votre famille, présenté des manifestations inhabituelles après une anesthésie générale ou locale ? Si oui, lesquelles ? .....

E. Avez-vous, ou un membre de votre famille, souffert d'hémorragies secondaires ou de troubles respiratoires à la suite d'opérations ou d'accouchements antérieurs ? .....

Si oui, expliquez : .....

F. Avez-vous déjà subi des transfusions sanguines ? .....

Si oui, pourquoi ? .....

G. Présentez-vous une hypersensibilité à certains médicaments ? .....

Si oui, auxquels ? .....

H. Votre peau réagit-elle au contact du sparadrap ou d'autres matières (ex. *teinture d'iode*) ? .....

Si oui, desquelles ? .....

I. Avez-vous déjà été victime d'un accident ? .....

Si oui, de quel type d'accident s'agit-il ? .....

J. Avez-vous déjà été dans le coma ? .....
Si oui, pourquoi et combien de temps ? .....

K. Combien de fois avez-vous accouché par voie naturelle, par césarienne, ou fait de fausses couches?

.....

3. Souffrez-vous d'une affection cardiaque quelconque ? .....
Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes cardiaques ? .....
– Si oui, précisez : ex. *souffle au cœur, palpitations infarctus* : .....

4. Etes-vous vite essoufflé(e) ou oppressé(e) après un effort ? .....
Avez-vous facilement de la fièvre après un effort physique intense ? .....

5. Avez-vous les jambes ou pieds gonflés ? ..... – Si oui : parfois / régulièrement / toujours ?

6. Souffrez-vous de varices ? ..... – Avez-vous déjà fait une phlébite ? .....
Suivez-vous un traitement contre l'hypertension ou l'hypotension artérielle ? .....
Prenez-vous des médicaments à cet effet ? ... – Si oui, lesquels ? .....

7. Souffrez-vous de troubles respiratoires – d'asthme – de bronchite chronique ? .....

8. Prenez-vous un traitement antidiabétique ? ..... – Si oui, lequel (comprimés/piqûres) et combien ?

9. Etes-vous anxieux ou nerveux ? .....
Prenez-vous ou avez-vous déjà pris un traitement contre la nervosité ? .....

10. Souffrez-vous d'allergie(s) ? .....
Si oui, à quoi êtes-vous allergique ? .....

11. Souffrez-vous actuellement d'un rhume ou de la grippe ? .....

12. Avez-vous facilement des bleus ? .....
Saignez-vous longtemps à la suite d'une blessure ou extraction dentaire ? .....

13. Fumez-vous ? ..... – Si oui, combien de cigarettes / paquets par jour ? .....

14. Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? – Si oui, combien ? .....

15. Prenez-vous régulièrement des somnifères ou autres calmants ? .....

16. Prenez-vous des médicaments particuliers (actuellement ou dans le passé) ?
Remplissez le formulaire sur la prise de médicaments à domicile inséré dans le dossier d'information ou la brochure.

17. Portez-vous un dentier – des prothèses dentaires – dents sur pivot ? .....

18. Etes-vous gaucher/gauchère ou droitier/droitière ? .....

19. Prenez-vous un contraceptif ? .....

20. Est-il possible que vous soyez enceinte ? ..... **Si oui, prévenez votre médecin.**

21. Est-il possible que vous soyez : – positif au VIH ? ..... – positif à l'hépatite ? .....

22. Prenez-vous des remèdes homéopathiques/aux plantes ? .....

23. Souhaitez-vous nous communiquer une autre information ? .....

.....

Le/La soussigné(e) déclare avoir répondu au questionnaire en toute sincérité, de son mieux et le plus dûment possible. Il/Elle est conscient(e) des dangers qu'il/elle encourt en cas d'informations imprécises, incomplètes ou erronées – et dégage le corps médical de toute conséquence qui pourrait en découler.

Date : .....

Nom et signature : .....