rz tienen
regionaal ziekenhuis
heilig hart tienen vzw

CHAMBRE:
DATE DE L'OPERATION:
CHIRURG:

SERVICE D' ANESTHESIE

Questionnaire préopératoire ENFANT

Le but de ce formulaire est d'en savoir plus sur l'état de santé de votre enfant afin de lui donner les meilleurs soins. Soyez donc sincère. Essayez d'être clair. Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

Données du patient

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE: .....

.....

MEDECIN DE FAMILLE: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

POIDS: .....

TAILLE: .....

TEMPERATURE: .....

JEUN? ..... SI NON, MOMENT DE LA DERNIÈRE ALIMENTATION? .....

Votre enfant est prié de ne plus manger à partir de minuit. Entre minuit et 06h00, il ne peut boire qu'un peu d'eau minérale. Pour les petits bébés, le médecin peut éventuellement accepter une exception (mais seulement après concertation avec l'anesthésiste). Après 06h00, votre enfant doit respecter le jeûne complet.
Laissez tous les bijoux, peignes, bagues, etc. à la maison. Mettez à votre enfant des vêtements amples et n'hésitez pas à lui donner un objet familier (animal en peluche, couverture, tétine,).

1. Pour quelle opération votre enfant vient-il? ..... ❒ A gauche ? ❒ A droite ?
2. Comment la grossesse et l'accouchement se sont-ils déroulés? .....
   Y avait-il des problèmes ❒ lors de la grossesse ? ❒ pour la mère ❒ pour l'enfant
   ❒ lors de l'accouchement ? ❒ pour la mère ❒ pour l'enfant

   Y avait-il encore d'autres problèmes après? .....
   (P. ex.: naissance avant terme, poids natal trop bas, séjour en couveuse, problèmes respiratoires,…)
3. Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? .....
   Si oui : Quelles opérations, pourquoi, quand ? .....
4. Votre enfant a-t-il déjà subi une anesthésie générale?
   Si oui : Pourquoi ? .....
   Votre enfant a-t-il eu des nausées ou vomissements lors d'une anesthésie précédente ? .....
5. Est-ce que votre enfant ou quelqu'un de votre famille a eu des réactions inhabituelles après une anesthésie locale ou générale ? .....
6. Est-ce que votre enfant a eu des problèmes de saignement ou de la respiration après des opérations précédentes ?
   Si oui, veuillez expliquer : .....
7. Vous-même ou quelqu'un de votre famille a eu des problèmes de saignements ou de la respiration après des opérations/accouchements précédents ? Si oui, veuillez expliquer :
8. Est-ce que votre enfant a déjà reçu des transfusions de sang/de plasma? .....
   Si oui : Pourquoi ? .....
9. Votre enfant a-t-il une hypersensibilité ou des allergies (produit, médicament, plante, animal …?)
   .....

10. Votre enfant a-t-il déjà eu un accident? ..... Lequel? ..... A quel âge? .....
11. Votre enfant a-t-il déjà été dans le coma? Pourquoi ? Combien de temps? .....
12. Votre enfant souffre-t-il d'une affection héréditaire ? .....
13. Souffre-t-il du coeur? A-t-il une maladie cardiaque ? .....

    Prend-il des médicaments pour cela? .....
14. A-t-il des problèmes respiratoires, est-il court d'haleine ou a-t-il un sentiment d'oppression s'il fait des efforts physiques? .....
15. Souffre-t-il de la fièvre des foins, d'asthme, de bronchite? .....

    Prend-il des médicaments pour cela ? .....
16. Fumez-vous en tant que parent? ..... Combien ? .....

    Votre enfant est-il exposé à votre fumée (living, cuisine, chambre à coucher), en souffre-t-il, cela le fait tousser ?

    .....
17. Votre enfant a-t-il facilement de la fièvre après un effort physique? .....
18. Votre enfant est-il en traitement pour la diabète? .....
19. Est-ce qu'il s'évanouit facilement? .....
20. Votre enfant est-il facilement anxieux, nerveux? .....
21. Souffre-t-il aujourd'hui / hier/la semaine passée
    - ❒ la grippe
    - ❒ la fièvre
    - ❒ un nez qui coule ?
22. A-t-il facilement des bleus, des saignements? Aussi spontanément ? .....
23. Prend-il des médicaments? Lesquels ? Combien ?

    .....
24. A-t-il des dents (de laits) mal fixées? .....
25. Est-il ❒ droitier ou ❒ gaucher?
26. A-t-il un retard scolaire? .....
27. Avez-vous encore quelque chose à mentionner?

    .....

Je, soussigné, déclare avoir fait tout mon possible pour donner des réponses complètes, conformément à la vérité. Je suis conscient(e) des dangers qui peuvent être le résultat de réponses imprécises, incomplètes ou fausses et je pardonne en même temps les fautes médicales qui en résulteraient.

DATE : .....

NOM & SIGNATURE (Parent/Tuteur): .....