

Questionnaire préopératoire enfant ≤ 16 ans Service d'anesthésie

Nom de l'enfant: Prénom:

Date de naissance:/...../.....

Intervention chirurgicale/examen:..... à gauche à droite

Médecin:

Date d'admission:/...../..... Heure:..... Date de l'intervention:/...../.....

Poids: kg Taille:..... cm Groupe sanguin: Veuillez apporter votre carte de groupe sanguin

Personne de contact: Nom: Téléphone:

Nom: Téléphone:

1. Votre enfant est-il allergique? Veuillez mentionner quelle réaction s'est manifestée : gonflement, suffocation, démangeaison, tâches rouges

- Latex oui non réaction:
 - Agents de contraste /iode oui non réaction:
 - Sparadraps oui non réaction:
 - Médication réaction:
 - Autres réaction:
- p.ex. rhume des foins, colorants, kiwi, bananes, aliments

2. Votre enfant a-t-il:

- Des dents qui bougent? oui non lesquelles
- Des dents artificielles? oui non
- Un appareil auditif? oui non à gauche à droite

3. Votre enfant est-il né trop tôt?

oui non

A l'âge gestationnel de semaines

Poids à la naissance: kg

4. Votre enfant a-t-il déjà été opéré antérieurement? oui non

Dans l'affirmative, en quelle année et de quelle intervention s'agissait-il:

- En Intervention:
- En Intervention:
- En Intervention:
- En Intervention:

Présentait-il/elle des réactions inhabituelles après l'anesthésie? oui non

Décrivez-les aussi précisément que possible:

Un membre de votre famille a-t-il déjà eu des problèmes suite à une anesthésie? oui non

Dans l'affirmative, décrivez-les aussi précisément que possible:

5. Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé dans le passé?(pour une intervention autre que celles mentionnées sous le point 4)

Dans l'affirmative, pourquoi, à quel hôpital, chez quel médecin:

Intervention: Hôpital: Médecin:

Intervention: Hôpital: Médecin:

6. Votre enfant peut-il faire des **efforts normaux** (courir, faire du sport...) oui non
 Votre enfant est-il (a-t-il été) en traitement pour une **maladie du cœur**? oui non
 Laquelle? Médecin:
- Votre enfant a-t-il déjà eu la phlébite ou une thrombose? oui non
 Votre enfant a-t-il facilement des contusions ou des saignements du nez? oui non
7. Votre enfant a-t-il une respiration sifflante? oui non
 Votre enfant a-t-il la respiration courte? oui non
 Votre enfant est-il (a-t-il été) en traitement pour une **maladie du poumon**? oui non
 Laquelle? Médecin:
- Votre enfant est-il régulièrement exposé à la fumée secondaire? oui non
8. Votre enfant est-il (a-t-il été) en traitement pour une maladie du rein? oui non
 Laquelle? Médecin:
9. Votre enfant est-il **diabétique**? oui non
10. Votre enfant a-t-il eu la jaunisse (type:)? oui non
11. Votre enfant souffre-t-il d'épilepsie? oui non
 Votre enfant souffre-t-il de paralysie ou de spasticité? oui non
 Votre enfant a-t-il déjà été traité par un neurologue ou un psychiatre? oui non
 Quel traitement? Médecin:
12. Votre enfant a-t-il des difficultés à ouvrir la bouche? oui non
 Votre enfant a-t-il du mal à bouger la tête? oui non
13. Votre enfant est-il atteint d'une maladie contagieuse? oui non
 Laquelle?.....
14. Votre enfant a-t-il déjà reçu une transfusion sanguine? oui non
 Raison:
- Votre enfant a-t-il présenté une réaction inhabituelle ? Laquelleoui non
 Donnez-vous votre autorisation pour faire administrer – si nécessaire –
 des produits sanguins? oui non
15. Votre enfant a-t-il eu de la **fièvre > 38°C** le dernier mois? oui non
 Quand?:.....
- Votre enfant a-t-il été **enrhumé** le mois dernier? oui non
 Votre enfant a-t-il pris des **antibiotiques** le mois dernier? oui non

Avez-vous des remarques supplémentaires:

Vous trouverez de plus amples informations sur le déroulement de l'hospitalisation dans la brochure "Augustientje moet naar het ziekenhuis", que pouvez consulter sur notre site Web www.anesthesie-augustinus.be. Au campus de Sint-Jozef, vous pouvez demander la brochure "Opname van uw kind in het dagziekenhuis".

- Les informations sur l'anesthésie et les éventuels risques, effets secondaires et alternatives fournies dans la brochure d'information, sur le site Web et par le chirurgien et/ou l'anesthésiste sont suffisantes et je suis d'accord.
- J'accepte que le type d'anesthésie et/ou d'analgésie soit modifié à mon insu au cours de l'intervention si cela s'avère nécessaire.
- J'accepte que les données soient traitées de façon anonyme pour la recherche scientifique.

Ce formulaire a été complété par

La mère Le père Quelqu'un d'autre

Nom:

Date:/...../..... Signature:

Questionnaire social enfant ≤ 16 ans

- **Conditions de résidence:** Chez les parents Chez la mère Chez le père
 Parents d'accueil
 Aidants proches (grands-parents, famille...)
 Professionnel des soins de santé
 Autre
- **Qui passe la nuit à l'hôpital? (rooming-in):**
- **Langue:** comprend le néerlandais parle le néerlandais autre
Enfant
Mère
Père
- **Alimentation:**
Allaitement
Biberon: type de nourriture
quantité (eau / cuillerées)
heures d'allaitement/de biberon
Nourriture variée Viande, poisson, poulet
 Poisson seulement
 Nourriture végétarienne
 Nourriture casher
 Purée de fruits
 Fruit
Allergie à des aliments déterminés
Habitudes alimentaires spécifiques et/ou régime:
- **Habitudes de sommeil:** peluche tétine petite lampe
- **Prévention de chutes:**
 - Votre enfant a-t-il un risque accru de chute lié à l'affection et/ou au traitement? oui non
 - Votre enfant utilise-t-il un fauteuil roulant? oui non
 - Votre enfant a-t-il un trouble cognitif? oui non
(développement mental ralenti (commotion cérébrale, tumeur cérébrale)
 - Votre enfant a-t-il un trouble métabolique (p.ex. la diabète)? oui non
 - Votre enfant est-il malentendant? oui non
 - Votre enfant est-il malvoyant? oui non
- **Religion:**
 Mon enfant est éduqué selon des convictions religieuses et/ou morales spécifiques

Souhaitez-vous mentionner quelque chose de particulier?
.....

Ce formulaire a été complété le/...../..... (jj/mm/aaaa)

par: un membre de la famille (parenté)
 autre (parenté)