

Questionnaire préopératoire

Service d'anesthésiologie

Nom : Prénom:

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

Chirurgie / 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. Avez-vous des allergies? Si oui, expliquez les réactions observées : tuméfaction, essoufflement, picotements, rougeurs

- Latex oui non réaction:
 - Agents de contraste oui non réaction:
 - Sparadrap oui non réaction:
 - Médicaments réaction:
 - Autres réaction:
- p.ex. colorants, kiwi, bananes, rhume des foies

- 2. Fumez-vous?** oui non combien? par jour
- Avez-vous fumé? oui non combien de temps? années, jusqu'en
- Buvez-vous de l'alcool? oui non quantité: verres per jour semaine
- Consommez-vous des stupéfiants? oui non le(s)quel(s)?

- 3. Avez-vous ...**
- Une prothèse dentaire? oui non
- De fausses dents? oui non
- Des dents mobiles? oui non la(les)quelle(s)?
- Des lentilles de contact? oui non
- Un appareil auditif? oui non à gauche à droite
- Des piercings? oui non Si oui, enlevez-les à la maison.
- Des ongles artificiels? oui non Si oui, enlevez-les à la maison.
- Un stimulateur cardiaque, un DAI, un stimulateur, une pompe implantée? oui non

- 4. Avez-vous déjà été opéré?** oui non
- Si oui, précisez (quelle année et quelle chirurgie):
- En Pour:
- En Pour:
- En Pour:
- En Pour:
- Avez-vous réagi anormalement sur une anesthésie précédente? oui non
- Si oui, décrivez le plus précisément possible:
- Un membre de votre famille a-t-il déjà eu des problèmes lors d'une anesthésie? oui non
- Si oui, décrivez le plus précisément possible:

5. Êtes-vous suivi par un **spécialiste** dans un autre hôpital (pour le cœur / les poumons / ...)

Si oui, précisez (pourquoi, à quel hôpital, par quel médecin):

Pour: Hôpital: Médecin:

Pour: Hôpital: Médecin:

Pour: Hôpital: Médecin:

6. Souffrez-vous d'hypertension? oui non

Êtes-vous vite **essoufflé**? oui non

Avez-vous des problèmes lors d'activités ménagères? oui non

Pouvez-vous **monter 2 étages par les escaliers** sans arrêter? oui non

Avez-vous parfois les pieds gonflés? oui non

Dormez-vous en position semi-assise? oui non

Souffrez-vous de **palpitations cardiaques**? oui non

Avez-vous parfois **une sensation d'oppression** dans le bras ou la poitrine
lors d'efforts physiques? oui non

Vous êtes-vous déjà **évanoui** à plusieurs reprises? oui non

Êtes-vous en traitement pour une **maladie cardiaque**? oui non

Avez-vous déjà eu une phlébite ou une thrombose? oui non

Avez-vous facilement des bleus ou saignez-vous facilement du nez? oui non

Prenez-vous des **diluants de sang**? oui non

Si votre médecin de famille ou le médecin traitant ne vous a pas donné d'instructions sur l'utilisation dans le cadre de votre opération, veuillez contacter le service
d'anesthésiologie

7. Avez-vous une respiration sifflante? oui non

Êtes-vous ou avez-vous été en traitement pour une **maladie pulmonaire**? oui non

8. Êtes-vous en traitement par dialyse rénale? oui non

Êtes-vous ou avez-vous été en traitement pour une maladie rénale?
laquelle:

9. Êtes-vous **diabétique**? oui non

Prenez-vous : des injections médication orale

10. Avez-vous déjà eu un ulcère à l'estomac ou une hémorragie stomacale? oui non

Souffrez-vous de brûlures d'estomac? oui non

Avez-vous déjà eu la jaunisse? (type:.....) oui non

11. Êtes-vous épileptique? oui non

Avez-vous déjà été en traitement chez un neurologue ou un psychiatre? oui non

Souffrez-vous de picotements ou d'engourdissements? oui non

où:.....

Souffrez-vous de confusions ou de perturbations de la mémoire? oui non

12. Avez-vous **des difficultés à ouvrir la bouche**? oui non

à cette fin, insérez au moins 2 doigts superposés dans la bouche ouverte

Avez-vous du mal à bouger votre tête? oui non

Souffrez-vous de rhumatisme ou d'arthrite? oui non

Avez-vous une prothèse d'épaule, de genou ou de hanche? oui non

Si oui, de quel côté? gauche droite

13. Êtes-vous (éventuellement) enceinte? oui non

Allaitiez-vous? oui non

14. Souffrez-vous d'une maladie contagieuse? oui non

laquelle:

15. Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine? oui non

raison: réaction anormale oui non

Est-ce que vous donnez la permission d'administrer des produits
sanguins si nécessaire: oui non

Avez-vous des commentaires supplémentaires:.....

- Je suis amplement informé sur l'anesthésie et les risques éventuels, les effets secondaires et les alternatives par la brochure informative, le site internet (www.anesthesie-augustinus.be), le chirurgien et / ou l'anesthésiste, et je consents.
- Je suis d'accord que le type d'anesthésie et / ou d'analgésie peut être modifié à mon insu au cours de l'opération lorsque cela se révèle nécessaire.
- Je suis d'accord que mes coordonnées soient traitées anonymement au profit de recherches scientifiques.

DIRECTIVES POUR ÊTRE À JEUN. Vous pouvez consommer ce qui suit:	
jusqu'à 6 heures avant la chirurgie	Aliments solides légers, liquides non claires (du lait, de la soupe, du jus de fruits, de l'eau pétillante ...), formule pour bébés > 3 mois
jusqu'à 4 heures avant l'intervention	Allaitement, formule pour bébés < 3 mois
jusqu'à 2 heures avant l'intervention	Liquides claires : de l'eau, du café ou du thé sans lait, du jus de pomme clair sans pulpe ; 1 verre maximum
jusqu'à 1 heure avant l'intervention	Médicaments avec une gorgée d'eau

Ces directives doivent être respectées en cas de narcose générale et d'anesthésie locorégionale; le non-respect de ces directives pourrait mettre votre vie en danger et entraînera le report de l'intervention.

MÉDICATION							
N'oubliez pas de mentionner les inhalateurs, les patchs, les gouttes ophtalmiques...							
Médicament	Dose comme indiqué sur l'emballage	À jeun	Au déjeuner	À midi	Le soir	Avant le coucher	Commentaires: p.ex. - date dernière ingestion - si nécessaire, - Lun-mer-ven
EXEMPLE: produit X	250 mg	1		½		1	lun et jeu

Nom + Signature (obligatoire pour parent / tuteur d'un patient mineur):

Date: / /

Questionnaire social

- **Logement** à la maison habitat kangourou maison de repos résidence-services autre

- **Avez-vous de l'aide à domicile:**

	qui?	téléphone	pour quoi faire?	fréquence?
Famille/amis/aide informelle				
Soins professionnels				
Soins professionnels				
Autrui				
Autrui				

- **Prévention de chute:** Êtes-vous tombé les derniers 6 mois? oui non

Êtes-vous hospitalisé maintenant à cause d'une chute? oui non

- **Risque de syndrome confusionnel:**

- Avez-vous déjà souffert d'une période de confusion? oui non

- Souffrez-vous d'un trouble métabolique (diabète, thyroïde)? oui non

- Dysfonctionnement cognitif (AVC, démence, Parkinson, commotion cérébrale, tumeur cérébral) oui non

- Êtes-vous malentendant? oui non

malvoyant? oui non

- **auto-administration de médicaments:** autonome supervisé impossible

- **Êtes-vous autonome pour:** Se laver oui souvent parfois non

S'habiller et se déshabiller oui souvent parfois non

Se déplacer dans la maison oui souvent parfois non

Aller à la toilette oui souvent parfois non

Manger et boire oui souvent parfois non

- **Avez-vous de sécrétions**

involontaires d': Urine oui souvent parfois non

Excréments oui souvent parfois non

- **Religion:** Je suis religieux et/ou je suis une conviction spécifique:

Je ne suis pas religieux ou je préfère ne pas le signaler

- **Alimentation:**

- Êtes-vous hypersensible à certains produits alimentaires? Si oui, le(s)quel(s):

- Avez-vous perdu du poids les 6 derniers mois? oui kg non

- Avez-vous des troubles alimentaires (difficulté à avaler, perte d'appétit ...)? oui non

- Suivez-vous un régime: précisez

- **Éducation**

- Je besoin d'informations supplémentaires. Précisez

Voulez-vous encore ajouter quelque chose de particulier?

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

patient famille (parenté) autrui