

Nom: Prénom: Date de naissance:

Service d'anesthésiologie

Questionnaire préopératoire pour adultes

Ce questionnaire a été rédigé pour connaître votre état de santé en vue de l'intervention prévue et fait également partie de l'examen préopératoire. **Un questionnaire bien rempli est crucial pour que votre intervention se déroule dans des conditions optimales.** Ces informations seront bien évidemment traitées en toute **confidentialité**.

Âge: _____ ans Poids: _____ kg Taille: _____ cm
 Date prévue pour l'opération:/...../..... Heure d'hospitalisation (si connu):
 Pas à jeun / à jeun depuis: _____ (ne pas manger, ni boire, au moins 8h avant l'intervention)

1. Quelle intervention subirez-vous bientôt? _____ Droite / Gauche*	
2. Habitudes*	
Fumez-vous?	Oui Non Si oui, combien: __/jour, depuis combien d'années: _____
Vous vous êtes arrêté de fumer?	Oui Non Quand: _____
Consommez-vous de l'alcool?	Oui Non Quantité: _____
Consommez-vous d'autres drogues?	Oui Non Lesquelles: _____
3. Etes-vous allergique ...*	
A certains médicaments	Oui Non Lesquelles? _____
Aux antibiotiques, aux antidouleurs	Oui Non Lesquelles? _____
Aux désinfectants, au Iode ou à des substances de contraste	Oui Non
Aux sparadraps (adhésifs)	Oui Non
A la gomme/ au latex	Oui Non
Aux anesthésiques (dentiste)	Oui Non
Aux plantes, pollens, arbres	Oui Non
A quelque chose d'autre	Oui Non A quoi? _____
Quelles sont vos réactions? _____ _____ _____ _____ _____	
4. Avez-vous des parents qui souffrent d'anomalies congénitales?*	Oui Non Lesquelles? _____
5. Avez-vous ... ?*	
Des lentilles de contact	Oui Non
Une audioprothèse	Oui Non
Un anneau gastrique	Oui Non
Un anus artificiel	Oui Non
Un port-à-cath	Oui Non
Un dentier	Oui Non
Des dents artificielles	Oui Non Lesquelles? _____

*: Entourer la bonne réponse

14. Maladies du cœur et des vaisseaux sanguins: cochez et donnez le plus d'informations possibles.*

Éprouvez-vous une douleur ou une sensation aigue au bras gauche ou à la poitrine lorsque vous faites des efforts?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand? _____ _____
Souffrez-vous de palpitations cardiaques?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand? _____
Avez-vous parfois les pieds gonflés?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand? _____
Dormez-vous à moitié assis?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Suivez-vous (ou avez-vous suivi) un traitement pour des maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Explication: _____ _____
Avez-vous déjà eu une phlébite?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Etes-vous en mesure de faire de légers travaux domestiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Pourquoi pas? _____ _____
Pouvez-vous monter deux étages d'escaliers sans problème?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Quel problème y a-t-il? _____
Pouvez-vous travailler une heure dans le jardin sans problème?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Quel problème y a-t-il? _____
Etes-vous capable de faire un grand effort? (faire 5 km à bicyclette, un sport récréatif?)	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Quels sont les problèmes? _____
Votre tension normale est de/.....	Cette tension a été prise par un médecin, pour la dernière fois il y a..... semaines.

15. Maladies des poumons et des voies respiratoires: entourez et donnez le plus d'informations possibles.*

Avez-vous une respiration sifflante?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Souffrez-vous d'asthme ou du rhume des foins?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Suivez-vous (ou avez-vous suivi) un traitement pour une maladie pulmonaire?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Explication: _____

16. Maladies des reins et du système urinaire: entourez et donnez le plus d'informations possibles.*

Etes-vous un patient en dialyse rénale?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Suivez-vous (ou avez-vous suivi) un traitement pour une maladie rénale?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Explication: _____

Important:
Si vous avez entouré une ou plusieurs réponses marqués en gris, il faudra faire une consultation supplémentaire chez votre médecin traitant ou chez un interne. Vous faites ce rendez-vous chez votre médecin traitant ou interne vous-même avant l'intervention. Lors de votre intervention vous apportez les résultats de ces examens.

17. Maladies du système digestif et du foie: entourez et donnez le plus d'informations possibles.*

Avez-vous du mal à avaler?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Explication: _____ _____
Souffrez-vous de brûlure d'estomac?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Souffrez-vous de nausée ou de vomissements?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Devenez-vous malade en voiture?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	

18. Maladie du système locomoteur: entourez et donnez le plus d'informations possibles.*		
Votre orifice buccal, est-il assez grand?	Oui Non	Vous pouvez contrôler ceci en essayant si vous pouvez introduire deux doigts, l'un sur l'autre, dans votre orifice buccal.
Avez-vous déjà suivi un traitement pour l'arthrite ou l'arthrose?	Oui Non	
Souffrez-vous de douleurs ou de raideurs dans le cou (nuque)?	Oui Non	
19. Problèmes de coagulation du sang: entourez et donnez le plus d'informations possibles.*		
Prenez-vous des médicaments pour diluer le sang (diluants)?	Oui Non	Explication: _____ _____
Avez-vous facilement des bleus sans raison?	Oui Non	
Avez-vous dû consulter votre médecin traitant pour un saignement du nez?	Oui Non	
Souffrez-vous de saignement de la gencive?	Oui Non	
20. Maladies du système nerveux: entourez et donnez le plus d'informations possibles.*		
Vous vous êtes déjà évanoui?	Oui Non	Quand? _____
Avez-vous déjà été paralysé?	Oui Non	
Souffrez-vous d'épilepsie?	Oui Non	
Sentez-vous des picotements aux mains ou aux pieds?	Oui Non	
Avez-vous déjà suivi un traitement pour une névrose?	Oui Non	
21. Désirez-vous mentionner encore quelque chose? Oui Non* Si oui, décrivez: _____ _____		
22. Où pouvons-nous vous joindre pour d'éventuelles questions? Numéro de téléphone fixe ou de téléphone portable: ___/_____/_____/_____ Contacte éventuel: _____ Numéro de téléphone fixe ou de téléphone portable: ___/_____/_____/_____		

J'ai lu ce questionnaire et j'ai compris toutes les questions. Je déclare l'avoir rempli consciencieusement.
Fait le ... / ... / (date) par(nom)
signature:

Attention: Si vous tombez malade avant l'intervention (par exemple: vous attrapez un rhume), contactez votre chirurgien.
Veuillez remettre votre carte de groupe sanguin à l'infirmière lors de votre admission.
Veuillez apporter vos médicaments à l'hôpital.
Veuillez vous présenter à jeun (ne pas manger ni boire après 24h) le jour de l'intervention, sauf si autre chose est mentionné.