

Nom _____
Prénom _____
DN ____/____/____
Patiëntenvignet

QUESTIONNAIRE 2

QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

Vous serez anesthésié(e) prochainement pour une opération ou un examen. Il est important pour votre sécurité et pour le bon déroulement de l'intervention que nous soyons bien au courant de votre état de santé. Pour ces raisons il est nécessaire que vous remplissiez ce questionnaire le mieux possible ou que vous le fassiez remplir par votre médecin traitant.

Intervention prévue : _____ Côté : Gauche Droite
 Poids : ____ kg Taille : ____ cm Profession : _____ Numéro de telephone : ____ / _____

Quelles OPÉRATIONS avez-vous déjà subies ? En quelle année ?	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Y-a-t-il eu des COMPLICATIONS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres ? Si oui, lesquelles ? _____		
Est-ce que vous souffrez facilement du mal de l'air ou des transports ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'un de vos proches a déjà eu des soucis lors d'une opération ? Lesquels ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous des ALLERGIES ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Antibiotiques <input type="checkbox"/> Désinfectants <input type="checkbox"/> Aliments <input type="checkbox"/> Latex ou caoutchouc <input type="checkbox"/> Crustacés <input type="checkbox"/> Autres Lesquelles ? _____		

Etes-vous DIABÉTIQUE ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dans ce cas, est-ce que vous êtes sous insuline ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Souffrez-vous d'une maladie CARDIAQUE ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ? _____		
Qui est le cardiologue qui vous suit ? Le docteur : _____		
Quand l'avez-vous consulté pour la dernière fois ? ____ / ____ / ____		
Avez-vous déjà fait un infarctus du cœur ? Quand : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous arrive-t-il de ressentir un poids sur la poitrine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dans ce cas, dans quelles circonstances ? <input type="checkbox"/> Au repos <input type="checkbox"/> A l'effort		
Avez-vous un pouls irrégulier ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Faites-vous de l'hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des problèmes de valves cardiaques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Portez-vous un pacemaker (pile) ou un défibrillateur interne ? Si oui, amenez-nous la carte d'identification de votre appareil lors de votre admission.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous de maladie RESPIRATOIRE ? (Respiration sifflante, asthme, bronchite chronique, ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ? _____ Qui est le pneumologue qui vous suit ? Le docteur : _____ Quand l'avez-vous consulté la dernière fois ? ___ / ___ / _____		
Prenez-vous des aérosols, puffs ou inhalateurs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous gêné par une impression d'oppression ou d'essoufflement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dans quelles circonstances ? <input type="checkbox"/> Au repos <input type="checkbox"/> A l'effort		
Fumez-vous ? Combien : _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de l'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, utilisez-vous un appareil CPAP ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des problèmes DIGESTIFS ? (Ulcère de l'estomac, reflux gastro-œsophagien, hémorragie intestinale, ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ? _____		
Avez-vous une maladie du SYSTÈME NERVEUX ? (Épilepsie, AVC, paralysie temporaire, maladie musculaire, maladie de Parkinson, Alzheimer, myasthénie, sclérose en plaques, ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ? _____		
Ressentez-vous parfois des picotements ou des fourmillements dans les mains ou les pieds? Avez-vous une perte de force dans les bras ou les jambes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Spécifiez, svp. _____		
Portez-vous un stimulateur nerveux implanté ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des troubles de la COAGULATION SANGUINE ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie de la coagulation (hémophilie A ou B, maladie de Von Willebrand, ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ? _____		
Faites-vous facilement des hématomes ou des saignements de nez?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Saignez-vous DE FACON IMPORTANTE quand vous vous blessez ou lors d'une extraction dentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des médicaments anticoagulants ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des AFFECTIONS suivantes ?		
<input type="checkbox"/> Maladie de la glande thyroïde <input type="checkbox"/> Maladie rénale <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Drépanocytose		
<input type="checkbox"/> Thrombo-embolie veineuse <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> Maladie de Bechterew		
INFORMATIONS supplémentaires :		
Avez une maladie contagieuse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Hépatite A/B/C <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Est-ce que vous êtes actuellement enrhumé ou fébrile ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-il possible que vous soyez enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que vous avez des dents en mauvais état ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous une prothèse dentaire, des implants dentaires, des couronnes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ouvrez-vous facilement la bouche ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Faites-vous usage de drogues ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Amphétamines <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Buvez-vous des boissons alcoolisées ? Lesquelles et combien par jour ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous rédigé une déclaration anticipée en matière de fin de vie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez nous en amener une copie lors de votre admission.		