



Questionnaire préopératoire

Service d'anesthésie

Nom: Prénom:
Opération (+ côté si applicable):
Date de naissance: / / Date de l'opération: / /
Chirurgien:
Taille (cm): cm Poids(kg): kg

■ Avez-vous des allergies?

Lesquelles?

- Latex
- Désinfectant (Isobétadine,...)
- Pollen
- Animaux
- Bananes ou kiwis ou tomates
- Sparadrap ou pansements
- Produit de contraste (iode)
- Poussières
- Antibiotiques
- Autre (par ex: médicaments):

Non Oui

Quelle réaction?

- Rougeur ou démangeaison
- Écoulement nasal
- Gonflement du visage
- Asthme
- Hypotension ou syncope
- Vomissement ou diarrhée
- Autre:

■ Avez-vous déjà souffert d'importants problèmes de santé?

Pouvez-vous les décrire?

Non Oui

■ Consommation ?

- Tabac Non Oui
Alcool / bière / vin Non Oui
Drogues / stupéfiants Non Oui

Combien (cig/jour) : Arrêt depuis :
Quoi et combien (verres/jour) :
Quoi et combien :

■ Présentez-vous les symptômes ou maladies suivants?

Poumons

Non Oui

- Asthme
- Bronchite chronique / Emphysème
- Toux
- Ronflement important
- Court d'haleine à l'effort modéré (ex: monter 2 étages d'escaliers)
- Court d'haleine à l'effort léger (ex: marcher 100 mètres)
- Court d'haleine au repos ou quand vous vous habillez
- Apnées du sommeil (Apportez votre appareil lors de votre admission)

Cœur

Non Oui

- Palpitations
- Douleurs dans la poitrine, le cou ou le bras gauche à l'effort
- Douleurs dans la poitrine, le cou ou le bras gauche au repos
- Autre problème au cœur (infarctus, intervention cardiaque,...)
- Tension artérielle élevée
- Tension artérielle basse
- Pieds gonflés

Coagulation

Non Oui

- Saignements fréquents du nez
- Hématomes (bleus) fréquents
- Gencives qui saignent
- Plaie saignant plus que 5 minutes
- Problème au foie (hépatite, cirrhose,...)
- Déjà eu une transfusion de sang
- Phlébite / Embolie pulmonaire
- Prise de médicaments influençant la coagulation (Asaflo, Plavix, Sintrom, Fraxiparine, Xarelto,...)

Divers

Non Oui

- Diabète traité par insuline
- Maladie thyroïdienne
- Ulcères à l'estomac
- Brûlant ou reflux gastrique
- Thrombose ou hémorragie cérébrale
- Maladie nerveuse (épilepsie, parkinson..)
- Insuffisance rénale
- Injection intraveineuse récente de produit de contraste
- Prise de corticoïdes ces 3 derniers mois
- Vous êtes (peut-être) enceinte

■ En ce moment, êtes-vous en traitement (pour une maladie ou autre chose) chez votre médecin traitant /spécialiste, autre que pour l'intervention prévue ?

Non Oui *Décrivez:*

.....

■ Quels médicaments prenez-vous ?

Nom	Dosage	Quantité par jour	Nom	Dosage	Quantité par jour

■ Avez-vous déjà été opéré ? Non Oui

Intitulé	Année	Type d'anesthésie	Intitulé	Année	Type d'anesthésie

■ Après ces opérations, avez-vous souffert de ...?

- Nausées ou vomissements
- Mauvais réveil
- Difficultés respiratoires
- Mal de gorge
- Perte de mémoire
- Douleurs plus de 3 mois après l'opération
- Perte de sensibilité (mains, jambes, ...)
- Autre :

■ Avez-vous ...?

- Une prothèse dentaire amovible supérieure
- Une prothèse dentaire amovible inférieure
- Une prothèse dentaire fixe supérieure
- Une prothèse dentaire fixe inférieure
- Des dents qui bougent
- Un appareil auditif
- Des lentilles de contact

■ Un membre de votre famille a-t-il eu des problèmes au cours d'une anesthésie? Non Oui

■ Pour les enfants de 0 à 12 ans : - l'accouchement était-il prématuré? Non Oui (... semaines)
 - l'enfant présente-t-il un retard psychomoteur? Non Oui

■ Avez-vous des remarques à ajouter ?

.....

.....

Signature