

Questionnaire anesthésie

Chère patiente, cher patient !

Date :

Veillez remplir ce questionnaire consciencieusement et intégralement, afin que nous puissions vous prendre en charge de manière optimale dans le cadre de votre opération.

Apportez les documents suivants si vous les possédez :

- Passeport d'anesthésie
- Testament de vie [*Patientenverfügung*]
- Passeport de stet / d'implant
- Passeport d'allergie
- Procuration d'incapacité [*Vorsorgevollmacht*]
- Passeport de pacemaker

Nom :

Date de naissance :

Profession :

Taille : cm Poids : kg

Veillez cocher la mention correcte et compléter

1 | Opérations antérieures ?

oui **non**

si **oui**, lesquelles et quand :

.....
.....
.....

2 | Avez-vous ressenti des troubles ou douleurs après vos opérations ?

oui **non**

si **oui**, de quelle nature :

- Nausées/vomissements Troubles respiratoires Troubles cardio-vasculaires Frissons

Autres :

.....

3 | Y a-t-il eu, dans votre famille, des cas de complications suite à une anesthésie ?

oui **non**

4 | Pouvez-vous monter 2 étages sans faire de pause et sans difficultés respiratoires ou cardiaques ?

oui **non**

5 | Avez-vous déjà reçu des poches de sang (transfusions) ?

oui **non**

si **oui**, cela a-t-il donné lieu à des complications et si oui, lesquelles ?

.....

6 | Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances ?

oui **non**

si **oui**, lesquelles :

- latex (caoutchouc) antibiotiques (ex : pénicilline)
 iode nickel allergie alimentaire

autre :

.....

7 | Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

oui **non**

si **oui**, lesquels :

.....
.....
.....
.....

8 | Médicaments anticoagulants

oui non

si oui, lesquels :

9 | Médicaments en vente libre (sans ordonnance), traitements de substitution

oui non

si oui, lesquels :

10 | Fumez-vous ou êtes-vous ancien fumeur ?

oui non

si oui, combien de cigarettes par jour :

si oui, depuis combien d'années :

si ancien fumeur, depuis combien d'années avez-vous arrêté :

11 | Buvez-vous régulièrement de l'alcool ?

oui non

si oui, que buvez-vous et combien par jour :

12 | Vous droguez-vous ?

oui non

si oui, quelles drogues :

13 | Problèmes auditifs ? oui non

14 | Avez-vous des dents abîmées ou branlantes ?

si oui, lesquelles (cocher les dents concernées) :



15 | Avez-vous une prothèse dentaire ?

oui non

16 | Votre cicatrisation est-elle particulièrement lente ?

oui non

17 | A-t-on déjà découvert, chez vous-même ou un membre de votre famille, un trouble de la coagulation sanguine ?

oui non

18 | Observez-vous les types de saignements suivants, sans raison perceptible ?

- Saignements de nez
- Apparition de bleus sans coup
- Saignements aux articulations, muscles, parties molles
- Saignement anormalement important après extraction de dent
- Saignement anormalement important après opérations antérieures ou coupures

19 | Thrombose ou embolie (pulmonaire) chez vous ou un membre de votre famille ?

oui non

À remplir uniquement par les patientes :

20 | Avez-vous ou avez-vous eu des règles très abondantes :

- Règles de plus de 7 jours
- Plus de 7 tampons/serviettes (taille normale) par jour

21 | Pourriez-vous être enceinte ?

oui non

22 | Avez-vous été enrhumé(e) ou fortement malade au cours des 2 dernières semaines ?

oui non

23 | Avez-vous ou avez-vous eu l'une des maladies infectieuses suivantes, et si oui laquelle :

- HIV
- hépatite
- tuberculose

24 | Avez-vous des corps étrangers sur ou en vous ?

oui non si oui, lesquels :

- stent
 - pacemaker
 - Défibrillateur automatique
 - piercing
- autres :

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des maladies suivantes :

- 25 | Hypertension** oui non
- 26 | Diabète** oui non
si oui, piqûres d'insulines ? oui non
- 27 | Infarctus** oui non
si oui, au cours des
6 dernières semaines : oui non
si oui, avez-vous eu un cathétérisme
cardiaque ? oui non
- 28 | Douleurs thoraciques
au repos** oui non
- 29 | Douleurs thoraciques uniquement
en cas d'effort** oui non
- 30 | Déficience cardiaque** oui non
- 31 | Accumulation d'eau dans
les poumons ou les jambes** oui non
- 32 | Troubles du rythme
cardiaque (p.ex. :
fibrillation auriculaire)** oui non
- 33 | Vice valvulaire** oui non
- 34 | Maladie pulmonaire** oui non
- 35 | Asthme** oui non
- 36 | Bronchite ou BPCO** oui non
si oui, avez-vous besoin
d'un appareil à oxygène : oui non
- 38 | Apnée du sommeil** oui non
si oui, portez-vous un
masque CPAP la nuit : oui non
- 39 | Maladie des reins** oui non
- 40 | Maladie du foie** oui non
- 41 | Maladie gastro-intestinale** oui non
- 42 | Maladie infectieuse** oui non
- 43 | Maladie de la thyroïde** oui non
- 44 | Maladies des vaisseaux
sanguins** oui non
- 45 | Maladies du
système nerveux** oui non
- 46 | Démence** oui non
- 47 | AVC ou AIT** oui non
si oui, au cours des
6 dernières semaines : oui non
- 48 | Dépression ou
trouble psychique** oui non
- 49 | Maladie musculaire** oui non
- 50 | Maladie du système
locomoteur** oui non
- 51 | Glaucome** oui non
- 52 | Autres maladies non citées ci-dessus :**
 oui non
si oui, lesquelles :

- 53 | Avez-vous une procuration d'incapacité ?**
 oui non
- 54 | Avez-vous un testament de vie ?**
 oui non

Pour servir de base à votre entretien préopératoire avec l'anesthésiste, veuillez lire la brochure d'information ou regarder la vidéo expliquant la procédure d'anesthésie :

<https://www.youtube.com/channel/UCyIaSac-bZ-fCGgJu0uN68w/playlists>



Si vous souhaitez renoncer à l'explication des risques, veuillez en informer votre médecin anesthésiste. La vidéo ou la brochure d'information ne sauraient en aucun cas remplacer l'entretien personnel avec votre anesthésiste.

