

**Questionnaire préopératif à remplir par le patient**

Cher patient, vous avez reçu cette liste de votre chirurgien. Nous voudrions vous demander de la remplir de manière la plus complète possible. Si nécessaire, informez-vous auprès de votre médecin traitant. Cette liste renseignera votre médecin et/ou anesthésiste sur votre état de santé. Nous tenons à vous confirmer que les informations obtenues ne seront communiquées qu'au médecins concernés.

Norm : \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ Longueur \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Groupe sanguin: \_\_\_\_\_  
 (remettez votre carte de groupe sanguin à l'infirmier)  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Personne à contacter : \_\_\_\_\_

1. Pourquoi êtes-vous hospitalisé ? \_\_\_\_\_  oui  non
2. Prenez-vous des médicaments ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, notez le médicament, la dose et les heures de prise.

nom du médicament	forme	dosage	le matin	l'après-midi	le soir	la nuit

3. Avez-vous subi auparavant une opération sous anesthésie générale ou locale ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, veuillez nous informer lesquelles ? \_\_\_\_\_
- | quelle opération | en quelle année |
|------------------|-----------------|
|                  |                 |
|                  |                 |
|                  |                 |

4. Avez-vous été hospitalisé pour des raisons autres que celles mentionnées ci-dessus ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, veuillez nous informer lesquelles ? \_\_\_\_\_
- | les raisons | en quelle année |
|-------------|-----------------|
|             |                 |
|             |                 |

5. Avez-vous eu des troubles ou complications après une anesthésie ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, veuillez nous préciser lesquelles ? \_\_\_\_\_
- Dans votre famille, y a-t-il quelqu'un ayant eu des complications après une anesthésie ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, veuillez nous préciser lesquelles ? \_\_\_\_\_

6. Avez-vous déjà reçu une transfusion ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Pour quelle raison ? \_\_\_\_\_
7. Êtes-vous sensible ou allergique à \_\_\_\_\_  oui  non  
 -certains médicaments, lesquels ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 - certains aliments, lesquels ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 -spasadrap ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 - pollens ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 - autres ? \_\_\_\_\_  oui  non
8. Consommez-vous ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 -tabac : si oui, veuillez indiquer la quantité \_\_\_\_\_  oui  non  
 -alcool : si oui, veuillez indiquer la quantité ? \_\_\_\_\_ /jour \_\_\_\_\_ /semaine  oui  non  
 -drogues: si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_  oui  non
9. Souffrez-vous de douleurs au dos ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 10. Souffrez-vous de problème cardiaque ? (une sensation de pesanteur, de douleur à la poitrine, une crise cardiaque, des palpitations cardiaques...) Le(s)que(les)s ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Souffrez-vous d'hypertension ? Prenez-vous des médicaments contre l'hypertension ? \_\_\_\_\_  oui  non

- Souffrez-vous parfois d'hypotension ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Êtes-vous vite essoufflé ou oppressé ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Êtes-vous vite essoufflé ou oppressé lors d'un effort au repos ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Avez-vous des jambes ou pieds gonflés ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Souffrez-vous de varices ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Avez-vous déjà eu une phlébite ? (ou une inflammation de vaisseaux sanguins) \_\_\_\_\_  oui  non  
 11. Souffrez-vous de difficultés respiratoires ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, veuillez nous informer lesquelles ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Avez-vous déjà eu une affection grave pulmonaire ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, veuillez nous préciser lesquelles ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Expectoriez-vous ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Souffrez-vous pour l'instant de grippe ou de rhume ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Êtes-vous diabétique ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 12. Recevez-vous des injections d'insuline ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, veuillez préciser les médicaments, les unités et le(s) moments de(s) prise(s) ? \_\_\_\_\_

13. Avez-vous souffert d'hépatite ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 14. Êtes-vous suivi pour des problèmes psychiatriques ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Êtes-vous anxieux ou nerveux de manière extrême ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 15. Souffrez-vous d'épilepsie ? Si oui, quels médicaments prenez-vous ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 16. Souffrez-vous d'autres troubles ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 Si oui, veuillez indiquer lesquelles. \_\_\_\_\_

- (des troubles de coagulation, des affections rénales, des affections musculaires etc...)  
 17. Portez-vous une ou des prothèses(s) ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 lunettes  dentier  pacemaker  
 implants intra-oculaires  prothèse auditive  prothèse de genou/hanche  
 18. Avez-vous des dents branlantes ? \_\_\_\_\_  oui  non  
 19. Quelle est votre religion ? \_\_\_\_\_  oui  non

**Je déclare avoir lu la brochure informative et avoir répondu sincèrement aux réponses ci-dessus.**  
 Nom \_\_\_\_\_ Date / / Signature \_\_\_\_\_  
 Le Service d'Anesthésie