

QUESTIONNAIRE D'ANESTHÉSIOLOGIE

Chère patiente, cher patient,
Afin de garantir une anesthésie aussi douce et sûre que possible, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes concernant votre santé et vos antécédents médicaux, du mieux que vous le pouvez. L'anesthésiste abordera avec vous les questions restantes et les soins anesthésiques recommandés lors de votre consultation préanesthésique. Lors de votre consultation préanesthésique, nous discuterons en détail avec vous des soins complémentaires recommandés.

Prénom et nom / Date de naissance _____

Taille actuelle _____ cm Poids actuel _____ kg

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'un des symptômes suivants?

Veuillez cocher/souligner/indiquer au verso, le cas échéant.

		Oui	Non
Allergies	p.ex. réactions aux médicaments, aux produits de contraste, au latex, aux produits alimentaires, aux fruits (kiwi, ananas, etc.), aux métaux (nickel, etc.) ou effets secondaires/réactions indésirables graves aux médicaments). Si oui, lesquels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avez-vous un passeport d'allergie? Veuillez nous en envoyer une copie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coeur	p.ex. angine de poitrine, infarctus du myocarde, arythmie cardiaque [fibrillation auriculaire], implantation de stent/pontage/valve cardiaque/pace-maker/défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pression art.	<input type="checkbox"/> trop élevée <input type="checkbox"/> trop basse <input type="checkbox"/> traitée par médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à l'effort	Essoufflement/Oppression thoracique en montant deux étages ou en marchant en côte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poumon	p.ex. asthme, bronchite chronique, BPCO, oxygénothérapie à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnée sommeil	AOS <input type="checkbox"/> avec appareil CPAP <input type="checkbox"/> sans CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foie	p.ex. jaunisse, cirrhose du foie, hémorragie digestive haute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rein	p.ex. insuffisance rénale, inflammation, calculs rénaux, dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal	p.ex. ulcère de l'estomac, reflux acide, vomissements, colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> insulindépendant <input type="checkbox"/> prise de comprimés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroïde	p.ex. goître, hyperthyroïdie ou hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système nerveux	p.ex. épilepsie, paralysie, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscles	p.ex. faiblesse musculaire, hyperthermie maligne, dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Squelette	p.ex. hernie discale, sténose spinale, ostéoporose, rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaisseaux	p.ex. artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), occlusion vasculaire/anévrisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang/-coagulation	p.ex. facteur V Leiden, thrombose, embolie pulmonaire, maladie de von Willebrand, hémophilie, anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tendance hémorragique, ex. ecchymoses fréquentes et inexpliquées, saignement de nez ou des gencives, saignement postopératoires/natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avez-vous déjà effectué un bilan de coagulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections	p.ex. hépatite B ou C, VIH/SIDA, tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeurs	Laquelle, quand, quel traitement (chirurgie/chimiothérapie/radiothérapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système immunitaire	p.ex. maladie auto-immune, sclérose en plaques, myasthénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les femmes	Êtes-vous enceinte? Si oui: À quelle semaine de grossesse? Date prévue d'accouchement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SVP veuillez remplir le verso →

Consommez-vous ou avez-vous consommé régulièrement:		Qui	Non
Nicotine	Si oui, quelle quantité par jour et pendant combien d'années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	Si oui, de quel type et quelle quantité par jour/semaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogues	Si oui, lesquelles et à quelle fréquence par jour/semaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous ou avez-vous eu:		Qui	Non
Des médicaments que vous prenez régulièrement ? Veuillez indiquer vos médicaments dans ce questionnaire / joindre une liste de vos médicaments .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des anticoagulants ou des antiagrégants plaquettaires ? P.ex.: Aspirine, Xarelto/Rivaroxaban, Eliquis, Marcoumar. Si oui, lesquels?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des produits sanguins , p.ex. des concentrés de globules rouges, au cours des derniers 14 jours?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opérations précédentes? Si oui, de quelle intervention s'agit-il et à quelle date?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésies précédentes? Si oui, de quel type d'anesthésie s'agissait-il?	<input type="checkbox"/> Anesthésie générale <input type="checkbox"/> Anesthésie régionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous rencontré des problèmes pendant l'opération ou l'anesthésie ? Si oui, lesquels?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses/problèmes dentaires : par exemple, dentier (complet ou partiel), dents mobiles?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs, lentilles de contact, piercings ou implants métalliques?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois? Si oui, pourquoi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Électrocardiogramme / examen cardiaque au cours des 6 derniers mois?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyses de sang / examens de laboratoire au cours des 6 derniers mois?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitements/thérapies actuellement sans lien avec l'intervention chirurgicale prévue? Si oui, lesquels?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des directives anticipées en matière de soins de santé? SVP envoyer une copie.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions pour l'anesthésiste? Souhaitez-vous nous communiquer autre chose?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez confirmer l'exactitude des informations ci-dessus par votre signature.

Date/Signature: _____

Merci de votre collaboration!

Votre sécurité est notre priorité absolue – Votre équipe d'anesthésie

✉ anaesthesie@ksow.ch / ☎ 041 666 40 72