

Questionnaire préopératoire pour adultes

Ce questionnaire a été élaboré pour évaluer votre état de santé dans le but d'une future intervention chirurgicale, un examen médical ou d'un traitement sous anesthésie et fait partie intégrale de la consultation préopératoire. Ce document sera traité **confidentiellement**. Le médecin anesthésiste, après avoir consulté votre dossier médical, vous verra personnellement et parcourra ce questionnaire avec vous. **Veillez encerclez ce qui s'applique à vous.**

Nom:
Prénom:
Date de naissance:
N° EMD UZL:

1. Données personnelles: Age: ans Poids: kg Taille: cm			
2. Opération, traitement ou examen que vous allez subir prochainement:			
Date de l'opération, examen ou traitement: / /	
Nom de l'opération, examen ou traitement :		Côté droit/Côté gauche*	
Admission en hôpital de jour:		Oui Non*	
Si non, admission la veille de* ou le jour de l'intervention *			
3. Etes-vous allergique à/au:			Si oui, quelle réaction?
Plantes, pollen, poussière	Oui Non*		.....
Antibiotiques	Oui Non*	Lesquels .....	.....
Produits de contraste	Oui Non*		.....
Sparadrap ou pansements	Oui Non*	Lesquels .....	.....
Caoutchouc/Latex	Oui Non*		.....
Désinfectants	Oui Non*	Lesquels .....	.....
Anesthésiques chez le dentiste	Oui Non*	Lesquels .....	.....
Médicaments	Oui Non*	Lesquels .....	.....
Autre(s)	Oui Non*	Lesquels .....	.....
4. Habitudes personnelles			
Est-ce que vous fumez?	Oui Non*	Si oui, combien?	/jour, depuis an(s)
Est-ce que vous avez cessé de fumer?	Oui Non*	Si oui, depuis..... ans	
Est-ce que vous consommez de l'alcool?	Oui Non*	Si oui, ... verres /jour	ou... verres/semaine
D'autres stimulants/stupéfiants?	Oui Non*	Si oui, lesquels?	Fréquence?
L'usage de stimulants /stupéfiants peut mettre votre vie en danger durant une anesthésie. Il est impératif que l'anesthésiste soit au courant de toute prise de stimulants, stupéfiants ou autres.			
5. Est-ce qu'il y a des maladies congénitales dans votre famille?			Oui Non*
Si oui, lesquelles			
.....			
.....			
6. Est-ce que vous êtes suivi/traité par un médecin pour une/des maladie(s) non-chirurgicales?			Oui Non*
Si oui, laquelle/lesquelles			
.....			
.....			
Est-ce que vous souffrez du mal des transports?			Oui Non*

* Encerclez ce qui s'applique à vous

7. Est-ce que vous souffrez de maladies transmissibles? Si oui, laquelle/lesquelles?	Oui Non*
8. Est-ce que vous souffrez de diabète?	Oui Non*
9. Patiente uniquement. Pourriez-vous être enceinte? Etes-vous enceinte? Est-ce que vous avez des règles abondantes?	Oui Non* Oui Non* Oui Non*
10. Avez-vous déjà été opéré? Si oui, quand, quelle opération, et dans quel hôpital? Est-ce qu'il y a eu des problèmes pendant/après l'opération? Si oui, lesquels?	Oui Non* Oui Non*
11. Est-ce que quelqu'un de votre famille a déjà eu des problèmes pendant une opération? OuiNon* Si oui, lesquels?	
12. Est-ce que vous avez ...? Une prothèse dentaire? Oui Non* Où? Mâchoire sup? Mâchoire inf? Les deux Des dents à pivots? Oui Non* Où? Lesquelles? Des dents qui bougent? Oui Non* Où? Lesquelles? Des lentilles de contact? Oui Non* Un appareil auditif? Oui Non* Piercings? Oui Non* Enlevez les piercings déjà à la maison!! Ongles artificiels? Oui Non** Enlevez les ongles artificiels déjà à la maison!!	
13. La bouche et le cou. Est-ce que vous parvenez à mettre deux doigts de travers dans votre bouche? Est-ce que vous pouvez facilement bouger la tête dans toutes les directions?	Oui Non* Oui Non*
14. Le système respiratoire. Est-ce que vous avez la respiration qui siffle? Si oui, quand? Est-ce que vous avez de l'asthme ou le rhume des foins? Est-ce que vous avez traité pour une maladie des poumons? Si oui, laquelle?	Oui Non* Oui Non* Oui Non*
15. Le système cardio-vasculaire. Est-ce que vous ...? Ressez-vous parfois une douleur dans la poitrine, le cou ou le bras gauche? Si oui, quand?	Oui Non*
Ressez-vous des palpitations? Avez-vous les pieds gonflés? Dormez-vous en position semi- assise? Avez-vous été/êtes-vous traité pour une maladie cardiaque?	Oui Non* Quand? Oui Non* Quand? Oui Non* Pourquoi? Oui Non* Laquelle?

* Encerchez ce qui s'applique à vous

15. Le système cardio-vasculaire (suite).			
Est-ce que vous ...?			
Pouvez-vous faire un léger travail ménager?		Oui	Non*
Pourquoi pas?			
Montez-vous deux étages sans difficulté?		Oui	Non*
Quelle difficulté?			
Pouvez-vous travailler 1 h au jardin sans difficulté?		Oui	Non*
Quelle difficulté?			
Etes-vous capable d'un bon effort physique sans difficulté (10 km à bicyclette, 5 km de randonnée, sport récréatif,)?		Oui	Non*
Quelle difficulté?			
Votre tension artérielle est..... / (elle a été prise par un médecin....., il y semaine(s))			
16. Le système nerveux.			
Est-ce que vous avez déjà perdu connaissance?		Oui	Non*
Est-ce que vous avez été paralysé?		Oui	Non*
Est-ce que vous souffrez d'épilepsie?		Oui	Non*
Est-ce que vous ressentez des frémissements dans les mains ou pieds?		Oui	Non*
Est-ce que vous avez été traité pour un problème de nerfs?		Oui	Non*
17. Le système locomoteur.			
Est-ce que vous avez été traité pour de l'arthrose ou du rhumatisme?		Oui	Non*
Est-ce que vous ressentez des douleurs lombaires?		Oui	Non*
Si oui, est-ce que vous ressentez aussi des douleurs dans les jambes?		Oui	Non*
Est-ce que vous ressentez des douleurs dans le cou?		Oui	Non*
Si oui, est-ce que vous ressentez aussi des douleurs dans les épaules ou les bras?		Oui	Non*
18. Le système hépatobiliaire.			
Est-ce que vous avez souffert de jaunisse?		Oui	Non*
Est-ce que vous avez eu des problèmes de la vésicule biliaire?		Oui	Non*
19. Le système rénal et urinaire.			
Est-ce que vous êtes/avez été dialysé?		Oui	Non*
Est-ce que vous avez été traité pour une maladie des reins ou des voies urinaires?		Oui	Non*
Si oui, laquelle?			
20. Le système digestif.			
Est-ce que vous avez des problèmes de déglutition?		Oui	Non*
Est-ce que vous avez des problèmes d'acidité gastrique?		Oui	Non*
Souffrez-vous de nausées ou de vomissements?		Oui	Non*
21. La coagulation.			
Est-ce que vous prenez des médicaments qui influencent la coagulation?		Oui	Non*
Est-ce que vous avez facilement des bleus sans raison apparente?		Oui	Non*
Est-ce que vous avez déjà dû consulter un médecin pour un saignement du nez?		Oui	Non*
Est-ce que vous souffrez régulièrement d'un saignement des gencives?		Oui	Non*
22. Les vaisseaux sanguins.			
Est-ce que vous avez des varices?		Oui	Non
Est-ce que vous avez déjà eu une phlébite?		Oui	Non*
Est-ce que vous avez déjà subi un traitement pour un problème vasculaire?		Oui	Non*
23. Est-ce que vous prenez des médicaments? Veuillez noter clairement quels médicaments, la dose en milligrammes ou grammes, la fréquence par jour et l'heure de la prise. Ceci inclut les antidouleurs, les somnifères, et les produits pour maigrir.			
<input type="radio"/> Nom du médicament	..... mg/g	fois/jour	heure(s)
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>			
<input type="radio"/>			

* **Encerclez ce qui s'applique à vous**

23. Est-ce que vous prenez des médicaments? (suite)

Nom du médicament mg/g fois/jour heure(s)

.....

.....

.....

.....

24. Est-ce que vous prenez de l'homéopathie, des plantes médicinales ou des suppléments nutritionnels? Oui Non*

Si oui, lesquels?

.....

.....

25. Est-ce que vous avez encore quelque chose à ajouter. Oui Non*

Si oui, expliquez:

.....

.....

26. Comment peut-on vous joindre si on a besoin de plus amples informations?

N° de téléphone/GSM: / ou /

E-mail: @

Vous pouvez nous joindre entre 09h00 et 17h00 à la consultation d'Anesthésie au campus Gasthuisberg au N° de tél. +32 16 34 48 13 et en dehors de ces heures par fax ou au N° +32 16 34 48 21 ou par E-mail: Raadpleging.Anesthesie@uzleuven.be

Pour la consultation d'Anesthésie du campus Pellenberg il s'agit du N° de tél. +32 16 33 81 50 et en dehors de ces heures par fax au N° +32 16 33 82 72 ou par E-mail: raadpleging.anesthesie.pellenberg@uzleuven.be

27. Es-ce que vous souhaitez voir le médecin anesthésiste personnellement? Oui Non*

Attention :

- Si vous tombez malade peu avant la date de l'opération (par exemple: un rhume), veuillez alors prévenir l'anesthésiste à la consultation d'anesthésie au numéro de téléphone +32 16 34 48 13 (entre 08.00 et 18.00 h) ou l'anesthésiste de garde au numéro de téléphone +32 16 34 07 81 (en dehors de ces heures).
- Si il y avait d'autres changements notables dans votre état de santé avant l'opération prévue vous devez aussi en avvertir l'anesthésiste à la consultation d'anesthésie au même numéro de téléphone que ci-dessus.
- A partir de minuit vous ne pouvez plus rien manger. Par contre une gorgée d'eau est permise jusqu'à six heures du matin. Veuillez strictement suivre ces recommandations.
- En cas de doute, vous pouvez toujours le demander au médecin anesthésiste, qui vous informera jusqu'à quelle heure il sera permis de boire et de manger avant l'opération. Veuillez strictement suivre ces recommandations.
- Veuillez emmener à l'hôpital de jour tous les médicaments que vous prenez le jour de l'admission.
- Si vous avez une carte avec votre groupe sanguin, apportez-la aussi quand vous serez admis à l'hôpital et donnez-la au personnel infirmier de votre unité d'hospitalisation.

J'ai lu ce questionnaire et bien compris toutes les questions. Je déclare avoir répondu attentivement et correctement à toutes les questions. Dans le cas où la chirurgie/l'examen se déroulerait dans l'hôpital de jour, je confirme par la présente avoir pris connaissance de toutes les directives concernant l'hôpital de jour et avoir obtenu toutes les information nécessaires. Je m'engage à me conformer strictement à toutes les directives préopératoires (mentionnées ci-dessus) et postopératoires.

Fait le..... / / (date) par..... (nom)

Signature

* **Encerclez ce qui s'applique à vous**