

ETIQUETTE PATIENT

QUESTIONNAIRE MEDICAL : PRE-OPERATOIRE

NOM :	Prénom :	Né(e) le : ... / ... /
-------------	----------------	------------------------------

INTERVENTION :	Prévue le
Médecin Traitant :	Tél :

CE QUESTIONNAIRE EST REMPLI PAR :	<input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> votre médecin traitant <input type="checkbox"/> une autre personne (précisez :)
-----------------------------------	---

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Avez-vous souffert ou souffrez-vous : - d'hypertension artérielle ? - d'angine de poitrine ? Avez-vous fait un infarctus cardiaque ? Avez-vous eu des troubles du rythme cardiaque ? Avez-vous un pacemaker ? Avez-vous eu des phlébites ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	→ quand ?.....
--	--	--	----------------

Avez-vous souffert ou souffrez-vous : - d'asthme ? - de bronchite chronique ? - d'emphysème ? - d'apnées du sommeil ? Dormez-vous avec une Cpap (machine aide respiratoire)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui
--	--	--

Avez-vous (eu) des problèmes d'estomac/brulant ? Avez-vous (eu) une hépatite (jaunisse) ? → si oui, laquelle ? <input type="checkbox"/> hépatite A <input type="checkbox"/> hépatite B <input type="checkbox"/> hépatite C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui
--	--	--

NOM :
PRENOM :
Date de naissance :

Etes-vous enceinte ? non oui

ANTECEDENTS ANESTHESIQUES :

Avez-vous déjà eu une anesthésie ? non oui

→ si oui : - avez-vous eu des complications pendant l'anesthésie ? non oui
→ lesquelles :

-avez-vous eu des complications après l'anesthésie ? non oui
→ lesquelles :

Un membre de votre famille a-t-il présenté un problème lors d'une anesthésie ? non oui
→ lequel :

ALLERGIES

Avez-vous présenté une allergie ?

- au latex ? non oui

- à un aliment ? non oui → lequel ?.....

- à un sparadrap ? non oui → lequel ?.....

- à un produit utilisé par le dentiste ? non oui

- à un produit utilisé lors d'un examen radiologique ? non oui

- aux acariens/pollens/moisissures/animaux ? non oui

- à un antibiotique ? non oui → lequel ?.....

- à un médicament ? non oui → lequel ?.....

- à autre chose ? non oui → laquelle ?.....

Comment se manifeste l'allergie ?

Urticaire Conjonctivite Rhinite

Eczéma Difficultés respiratoires Hypotension importante

Autre manifestation :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

ANAMNESE TOXICOLOGIUE

Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	→ combien de cigarettes ou de tabac par jour ?
Consommez-vous des drogues (cannabis, cocaïne, autres)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	→ sous quelle forme ?
Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
→ si oui	Type (bière, vin, alcool fort, apéritif).....		
	Quantité		

ANAMNESE CARDIO-RESPIRATOIRE

Eprouvez-vous parfois une gêne ou une douleur dans la poitrine, le bras ou la mâchoire :			
- lors d'un effort ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
- au repos ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Pouvez-vous monter facilement une volée d'escaliers sans vous arrêter pour un problème de souffle ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
Savez-vous nettoyer le sol de votre maison ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Si vous avez un jardin, jardinez-vous ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Bricolez-vous ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Quel sport pratiquez-vous ?			
Avez-vous des palpitations cardiaques :			
- lors d'un effort ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
- au repos ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Etes-vous facilement essoufflé(e) :			
- lors d'un effort physique léger ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Faites-vous des syncopes (perte de connaissance) ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			

NOM :
PRENOM :
Date de naissance :

Avez-vous pris des antibiotiques dans les 6 mois précédents ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ si oui, - pourquoi ?		
- lesquels ?		

DATE : ... / ... / ...

SIGNATURE :

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

<p><u>Cadre réservé au service d'anesthésie</u></p> <p>Questionnaire vu pour intervention le par le Dr</p> <p>Cachet et signature</p>
--