

Questionnaire d'anesthésie



Ce questionnaire permettra à votre médecin-anesthésiste de préparer votre anesthésie dans les meilleures conditions. Veuillez répondre à toutes les questions conformément à la vérité et, le cas échéant, fournir les précisions nécessaires. Toutes ces données seront traitées confidentiellement et classées dans nos dossiers avec le protocole d'anesthésie.

Si vous entrez en clinique le jour de l'opération, vous ne verrez l'anesthésiste qu'au cours de la préparation à l'intervention dans le bloc opératoire. Si vous souhaitez un entretien préalable concernant votre anesthésie, veuillez vous adresser à la consultation d'anesthésie.

Si vous entrez en clinique la veille de l'opération, l'anesthésiste passera vous voir dans votre chambre d'hôpital.

Si vous souhaitez néanmoins un entretien préalable, veuillez vous adresser à la consultation d'anesthésie. Dans ce cas, nous vous prions de vous annoncer en temps utile (si possible 2 semaines avant l'opération) auprès de la secrétaire du service d'anesthésiologie: T 032 366 43 82, du lundi au vendredi, de 13h30 à 17h00.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire sans délai et de nous le retourner au moyen de l'enveloppe-réponse ci-jointe. En cas d'hospitalisation à court terme, veuillez emporter le questionnaire avec vous.

.....
Nom: Prénom:

.....
Date de naissance:

.....
Poids kg: Taille cm:

.....
Date d'entrée en clinique: Type d'intervention:

.....
Chirurgien: Médecin de famille:

1. a) Vous sentez-vous en bonne santé (abstraction faite de ce dont vous souffrez en ce moment)? oui non
b) Pouvez-vous monter deux étages d'escaliers sans vous arrêter? oui non

Si non, pourquoi pas?

2. Avez-vous déjà subi des opérations? oui non
Si oui, lesquelles?

3. a) Avez-vous déjà connu des complications pendant ou après une opération? oui non
Si oui, lesquelles?

- b) Des complications sont-elles survenues pendant ou après des opérations pratiquées sur des personnes qui vous sont consanguines? oui non
Si oui, lesquelles?

4. a) Présentez-vous une tendance accrue aux hémorragies (p.ex saignements du nez, des gencives) ou bien des hématomes apparaissent-ils sans raison apparente? oui non
b) Prenez-vous des anticoagulants (Marcoumar/Sintrom)? oui non
Si oui, lesquels?

5. Prenez-vous régulièrement des médicaments? oui non
Si oui, lesquels?

6. a) Souffrez-vous d'allergies (rhume des foins, asthme, eczéma, allergie aux piqûres d'abeilles ou de guêpes, allergie à la pénicilline, allergie au latex)? oui non
Si oui, lesquelles?

- b) Vous est-il arrivé de réagir d'une manière inhabituelle à un médicament, à un antibiotique, à un anesthésique, au latex ou à un pansement? oui non
Si oui, à quoi?

7. Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou pulmonaire (hypertension, hypotension angine de poitrine, infarctus du myocarde, troubles du rythme cardiaque, bronchite chronique, asthme, etc.)? oui non
Si oui, lesquelles?

.....
Veuillez tourner la page

8. Souffrez-vous de diabète ou d'un autre trouble du métabolisme (affection thyroïdienne, de la glande surrénale)? oui non
Si oui, lesquels?
9. Etes-vous atteint(e) d'une maladie infectieuse (p.ex. hépatite A, B, C / HIV) oui non
Si oui, laquelle?
10. Souffrez-vous d'une affection des reins ou du foie (jaunisse)? oui non
Si oui, lesquelles?
11. Souffrez-vous d'une affection de l'estomac, d'aigreurs, d'une affection intestinale, d'aigreurs, de reflux? oui non
Si oui, lesquelles?
12. Souffrez-vous d'une affection des articulations (rhumatisme), de la colonne vertébrale ou de la musculature? oui non
Si oui, lesquelles?
13. Souffrez-vous d'une maladie du système nerveux (épilepsie, paralysies, apoplexie cérébrale, migraine)? oui non
Si oui, laquelle?
14. a) Vous a-t-on fait une transfusion sanguine au cours des trois derniers mois? oui non
b) Des complications sont-elles survenues lors d'une transfusion sanguine? oui non
15. Fumez-vous? oui non
Si oui, en quelle quantité?
16. a) Consommez-vous régulièrement de l'alcool? oui non
Si oui, en quelle quantité?
b) Consommez-vous des stupéfiants? oui non
Si oui, lesquels et en quelle quantité?
17. Portez-vous des prothèses dentaires? Vos dents se déchaussent-elles? Avez-vous des couronnes, des ponts ou des implants dentaires fixes? oui non
Si oui, veuillez préciser.
18. Portez-vous des lentilles de contact? oui non
19. Pour femmes: êtes-vous enceinte? oui non
20. Avez-vous subi des examens chez un cardiologue ou chez d'autres spécialistes? oui non
Si oui, veuillez indiquer le nom et le lieu.
21. Informations supplémentaires importantes:

For juridique Bienne

Par ma signature, je confirme la véracité des réponses ci-dessus. Je confirme en outre avoir lu le dépliant d'information de la Clinique des Tilleuls concernant l'anesthésie.

La consultation d'anesthésie
T 032 366 43 82
Lu-Ve 13h30-17h00

Date:

Signature:

Clinique des Tilleuls SA
Crêt des Fleurs 105 2501 Bienne
T 032 366 41 11 F 032 366 42 64
E-Mail info@clinique-des-tilleuls.ch
www.clinique-des-tilleuls.ch

Médecin-anesthésiste traitant:

Date:

Signature: