

SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE

*Chef de Service et Maître de Stage :*  
Docteur E. Deflandre

*Chefs de Services adjoints :*  
Docteur G. Pichon  
Docteur O. Opsomer

*Adjoints*  
Docteur F. Goossens  
Docteur J. Pierre  
Docteur D. Berghmans  
Docteur J. Demoitie  
Docteur E. Haufroid  
Docteur E. Langlet  
Docteur M. Vanhoonacker  
Docteur S. Lacroix

## DOSSIER D'ANESTHÉSIE

NOM, Prénom du patient .....
Date de Naissance .....

## IMPORTANT !

Merci de remplir le questionnaire au verso dès à présent et de l'apporter à la consultation d'anesthésie et lors de votre hospitalisation.

Pour adapter au mieux son anesthésie, le médecin anesthésiste établira votre bilan de santé et pourra vous proposer des examens complémentaires à effectuer.

Cette farde est aussi à votre disposition pour y joindre, à l'intention de l'anesthésiste, les documents médicaux tels que : électrocardiogramme, résultats récents de prise de sang, avis d'un spécialiste, protocole de radiologie.

Notez déjà que vous ne devez ni boire ni manger depuis minuit la veille de l'intervention.

**QUESTIONNAIRE**

Ce questionnaire, confidentiel, est destiné à dépister un certain nombre de problèmes qui, méconnus, pourraient rendre l'anesthésie et la chirurgie plus difficiles. Remplissez-le avant de rencontrer l'anesthésiste. Veuillez cocher d'une croix la case qui correspond à votre réponse. Si vous répondez "OUI" à une des questions, détaillez votre réponse.

Nom : ..... GROUPE SANGUIN  
 Prénom : ..... (Préparer votre carte)  
 Age : ..... ans  
 Poids : ..... kg Taille : ..... cm ..... Rh .....  
 Profession : .....  
 Téléphone de la personne à contacter, nom et prénom, lien avec le patient : .....

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

Interventions	Année	Anesthésie (générale, partielle)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

2. Avez-vous éprouvé des problèmes lors de ces interventions ou après?  oui  non  
 Si OUI, lesquelles? .....
3. Un membre de votre famille a-t-il déjà eu des problèmes lors d'une anesthésie?  oui  non  
 Si OUI, lesquels? .....

**Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une des affections suivantes?** (Si oui, veuillez entourer ou préciser)

4. **Maladies cardiaques** (infarctus du myocarde, angine de poitrine, pathologie valvulaire, difficulté respiratoire à l'effort, arythmie, pace maker, embolie pulmonaire, œdème pulmonaire,..)  oui  non
5. Parmi vos frères et sœurs et vos parents, y en a-t-il qui ont fait un infarctus, de l'angine de poitrine ou une thrombose?  oui  non
6. **Maladies vasculaires** (hypertension, hypotension, angine de poitrine, douleurs dans les mollets, phlébites,...)  oui  non
7. **Maladies pulmonaires** (bronchite chronique, asthme, emphysème, pneumonie, pneumoconiose, tuberculose,...)  oui  non
8. **Affections digestives** (hernie hiatale, ulcère gastrique ou duodéal, cirrhose,...)  oui  non
9. **Affections rénales** (néphrite, calculs,...)  oui  non
10. **Affections de la glande thyroïde** (goitre, ...)  oui  non
11. **Diabète** .....  oui  non

12. **Affections oculaires** (glaucome, ...) .....  oui  non
13. **Maladies neurologiques** (épilepsie, paralysie, dépression,...) .....  oui  non
14. **Affections de l'appareil locomoteur** (lésion de la colonne vertébrale, atteinte articulaire,...) .....  oui  non
15. a) **Affections des muscles ou faiblesse musculaire** (myasthénie, hyperthermie maligne,...) .....  oui  non
- b) **Un membre de votre famille souffre-t-il de maladie(s) musculaire(s)?**  oui  non  
.....non
16. a) Saignez-vous facilement lorsque vous vous brossez les dents?  oui  non
- b) Saignez-vous longtemps lorsque vous vous coupez accidentellement?  oui  non  
.....non
- c) Avez-vous dû être transfusé après une intervention ou un accouchement?  oui  non  
.....non
- d) Avez-vous des règles abondantes? .....  oui  non
- e) Un membre de votre famille a-t-il un problème de coagulation (maladie de von Willebrand, hémophilie,...)? .....  oui  non
17. Souffrez-vous **d'allergies**? .....  oui  non
- Pénicilline**  oui  non - **Iode**  oui  non - **Latex**  oui  non
- Alimentaire**  oui  non
- Autres .....  
Cette allergie se manifeste-t-elle par :
- une éruption de la peau? .....  oui  non
- des difficultés respiratoires? .....  oui  non
18. Souffrez-vous d'une affection non reprise dans la liste ci-dessus? .  oui  non  
Si OUI, laquelle? .....
19. Portez-vous des prothèses dentaires? .....  oui  non  
Si oui,  inférieure  supérieure  sup
20. Avez-vous des dents qui bougent? .....  oui  non
21. Fumez-vous? .....  oui  non  
Si OUI, combien de cigarettes par jour et depuis quand? .....
22. Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, alcool,...)? .....  oui  non  
Si OUI, veuillez détailler .....
23. Prenez-vous régulièrement des drogues telles que : cannabis, cocaïne, héroïne,...? .....  oui  non
24. Quelle est votre tension habituelle? .....

**25. Veuillez remplir avec précision la liste au verso avec les médicaments que vous prenez actuellement.**

26. Veuillez noter que certains médicaments doivent être arrêtés avant une intervention. Cependant l'arrêt de certains de ces médicaments peut être **dangereux**. **Renseignez-vous** auprès de votre médecin traitant ou de l'anesthésiste pour décider d'une substitution éventuelle.
- **Doivent être arrêtés 10 jours avant l'intervention** : le Ticlid (ticlopidine) et Efient.
  - **Doivent être arrêtés 7 jours avant l'intervention** : le Sintrom, le Marevan, le Marcoumar, le Plavix (Clopidogrel) et ses dérivés.
  - **Doivent être arrêtés (SAUF AVIS CONTRAIRE) 5 jours avant l'intervention** : l'Aspirine (acide acétylsalicylique) et ses dérivés (**renseignez-vous** auprès de l'anesthésiste).
  - **Doivent être arrêtés la veille de l'opération** : les antidiabétiques en comprimés : la metformine (le Glucophage,...) et ses dérivés (**renseignez-vous** auprès de l'anesthésiste).
27. Veuillez noter que les médicaments contre le cholestérol (Simvastatine, Crestor, Lipitor, Zocor,...) ne **PEUVENT PLUS** être arrêtés avant une anesthésie.

