



**CLINIQUE SAINT- LUC
BOUGE**

**SERVICE
D'ANESTHESIOLOGIE**

Dr O. OPSOMER
Chef de service

Dr G. PICHON
Chef de service adjoint
Maître de stage

Dr E. DEFLANDRE
Chef de service adjoint

Dr F. GOOSSENS

Dr J. PIERRE

Dr D. BERGHMANS

Dr J. DEMOITIE

Dr E. HAUFROID

Dr E. LANGLET

Dr M. VANHOONACKER

Dr S. LACROIX

DOSSIER D'ANESTHESIE

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.**

**A.S.B.L. "Santé & Prévoyance"
Institution affiliée à l'Université
Catholique de Louvain (U.C.L.)
N°Entreprise : BE 0407 961 214
www.slbo.be**

Rue Saint-Luc, 8
5004 BOUGE
Tél. : 081/20.91.11
Fax : 081/20.91.98

**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 duodénal, 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



**CLINIQUE SAINT-LUC
BOUGE**

**SERVICE
D'ANESTHESIOLOGIE**

Dr O. OPSOMER
Chef de service

Dr G. PICHON
Chef de service adjoint
Maître de stage

Dr E. DEFLANDRE
Chef de service adjoint

Dr F. GOOSSENS
Dr J. PIERRE
Dr D. BERGHMANS
Dr J. DEMOITIE
Dr E. HAUFROID
Dr E. LANGLET
Dr M. VANHOONACKER
Dr S. LACROIX

3. **Maladies neurologiques** (épilepsie, paralysie, dépression,...)

oui

non

A.S.B.L. "Santé & Prévoyance"
Institution affiliée à l'Université
Catholique de Louvain (U.C.L.)
N°Entreprise : BE 0407 961 214
www.slbo.be

Rue Saint-Luc, 8
5004 BOUGE
Tél. : 081/20.91.11
Fax : 081/20.91.98

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
16. a) Saignez-vous facilement lorsque vous vous brossez les dents? oui non
 b) Saignez-vous longtemps lorsque vous vous coupez accidentellement? oui 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, fixe amovible supérieure inférieure
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.