

## Lisez attentivement toutes les informations:

Vous allez bénéficier d'une intervention chirurgicale ou d'un examen sous anesthésie. Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire, élaboré dans le but de mieux vous connaître et de déterminer la meilleure prise en charge possible. Ce document sera traité **confidentiellement** par un membre du service d'anesthésie.

C'est pourquoi nous attirons votre attention sur le fait qu'il est impératif de le remplir **DES A PRESENT** avec le plus grand soin (si besoin, avec l'aide de votre médecin traitant). Ce document est à apporter **complété** le jour de la consultation d'anesthésie ou de votre intervention, avec les éléments de votre dossier médical, rapport de votre cardiologue, pneumologue, résultats de prise de sang, etc.

<p><b>1. A propos de vous:</b></p> <hr/> <p>Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/></p> <p>Nom: .....</p> <p>Prénom: .....</p> <p>Date de Naissance: __ / __ / ____</p> <p>Profession: .....</p> <p>Email: .....</p> <p>GSM: .....</p> <hr/> <p>Médecin généraliste: .....</p>	<p><b>2. Intervention prévue:</b></p> <hr/> <p>Opération: .....</p> <p>Côté gauche <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/></p> <p>Chirurgien: .....</p> <p>Date: .....</p> <p>Hospi d'1 jour <input type="checkbox"/> Séjour d'1 nuit ou + <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p><b>3. Personne à contacter:</b></p> <hr/> <p>Nom: .....</p> <p>Lien de parenté: .....</p> <p>Téléphone: .....</p>
---	--

**4. Données Personnelles:**

---

Votre taille: ..... cm      Votre poids: ..... kg      Tour de cou : ..... cm

---

Quelle est votre tension artérielle habituelle? ..... / .....

---

Pouvez-vous effectuer un travail ménager léger ?      **Oui**  **Non**  Précisez: .....

Pouvez-vous monter 2 étages sans être essoufflé(e) et sans vous arrêter ? **Oui**  **Non**  Précisez: .....

Pratiquez vous une activité physique régulière ?      **Oui**  **Non**  Précisez: .....

---

Fumez-vous ?    Oui  Non     Quantité journalière ? .....    Depuis combien de temps ? .....

Si non, avez-vous fumé ?    Oui  Non     Date de l'arrêt du tabac ? .....

---

Consommez-vous de l'alcool / de la bière? **Oui**  **Non**     Si oui, ..... verres/jour ou ..... verres/semaine.

---

Consommez-vous du cannabis, autres stupéfiants / stimulants / drogues ? **Oui**  **Non**

Lesquels ? .....

**L'usage de stimulants / stupéfiants / drogues peut mettre votre vie en danger durant une anesthésie. Il est impératif que votre anesthésiste en soit informé.**

Etes-vous porteur de:	Appareil dentaire supérieur <input type="checkbox"/>	Appareil dentaire inférieur <input type="checkbox"/>	Dents sur pivot <input type="checkbox"/>
	Dent fragile ou mobile <input type="checkbox"/>	Précisez: .....	
	Piercings <input type="checkbox"/>	Enlevez les piercings avant de venir à la clinique	
	Appareils auditifs <input type="checkbox"/>	Lentilles de contact rigides <input type="checkbox"/>	
	Pace-Maker <input type="checkbox"/>	Défibrillateur implantable <input type="checkbox"/>	Neurostimulateur <input type="checkbox"/>



8. Pour quelles maladies avez-vous été ou êtes-vous suivi ou traité ?			
<b>Maladie du Coeur et des Vaisseaux :</b>  <b>Cardiologue: Dr</b> ..... <b>Dernière visite:</b> .....	<input type="checkbox"/> Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> Trouble du rythme, fibrillation
	<input type="checkbox"/> Douleurs dans la poitrine	<input type="checkbox"/> Stent coronaire	<input type="checkbox"/> Gonflement des pieds
	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Phlébites, thrombose veineuse profonde
	<input type="checkbox"/> Artérite, artère bouchée	<input type="checkbox"/> Autre: .....	
<b>Maladies Pulmonaires :</b>	<input type="checkbox"/> Asthme Précisez: .....	<input type="checkbox"/> Pneumonie, infection...	
	<input type="checkbox"/> Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Emphysème	<input type="checkbox"/> Cancer pulmonaire
	<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire	Précisez: .....	
	<input type="checkbox"/> Ronflements	<input type="checkbox"/> Pleurésie	<input type="checkbox"/> Pneumothorax
	<input type="checkbox"/> Apnées du sommeil => Si oui, utilisez-vous une CPAP ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	<b>Si vous avez une CPAP, emportez-la avec vous à la clinique</b>		
<b>Maladies digestives :</b>	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Oesophagite	<input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien
	<input type="checkbox"/> Hernie hiatale	<input type="checkbox"/> Ulcère	<input type="checkbox"/> Pancréatite
	<input type="checkbox"/> Rectocolite, m+ de Crohn	<input type="checkbox"/> Cancer digestif	<input type="checkbox"/> Cirrhose
	<input type="checkbox"/> Autre: .....		
<b>Maladies urinaires ou rénales</b>	<input type="checkbox"/> Infections urinaires	<input type="checkbox"/> Calcul urinaire (pierre)	<input type="checkbox"/> Prostatisme
	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Cancer du rein / de la vessie
<b>Maladies Neurologiques</b>	<input type="checkbox"/> Migraine, maux de tête	<input type="checkbox"/> Epilepsie, Convulsions	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral
	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/> Parkinson
	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Autre: .....	
<b>Maladies Métaboliques</b>	<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/> Hyperuricémie, Goutte
	<input type="checkbox"/> Hypo ou hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/> Diabète , si oui depuis combien d'années: ..... ans	
<b>Gynéco-Obstétrique</b>	Utilisez-vous un moyen de contraception ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Allaitiez-vous ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Nez-gorge-oreilles</b>	<input type="checkbox"/> Problème de déglutition	<input type="checkbox"/> Surdité	<input type="checkbox"/> Nez bouché
<b>Yeux</b>	<input type="checkbox"/> Glaucome	<input type="checkbox"/> Anomalie des pupilles	<input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire
<b>Divers</b>	<input type="checkbox"/> Mal des transports	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Fatigue durant la journée
	<input type="checkbox"/> Maladie cutanée	<input type="checkbox"/> Maladie psychiatrique	<input type="checkbox"/> Syncopes
	<input type="checkbox"/> Cancer		
<b>Douleurs pré-existantes au niveau du site à opérer:</b> <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère			
<b>Maladies contagieuses</b>	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> Autre à préciser .....		
<b>9. Nutrition</b>	Avez-vous perdu du poids involontairement depuis 3 mois ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Avez-vous diminué vos apports alimentaires depuis la dernière semaine ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Avez-vous séjourné aux soins intensifs durant les derniers mois ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>10. Mobilisation</b> Est-il difficile de vous déplacer ? (Cannes, tribune de marche, Chaise roulante,...)			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**11. Allergies**  Latex, gants caoutchouc, ballons gonflables  Produit de contraste iodé

Médicament Précisez: .....

Aucune  Antibiotiques Précisez: .....

Désinfectant Isobétadine, Chlorhexidine Précisez: .....

Alimentaire Kiwi, arachide, soja, viande, crustacés... Précisez: .....

Nickel  Cobalt  Chrome  autre métal: .....

Autre, précisez: .....

**12. Maladies rares:**  Porphyrie  Hyperthermie maligne  Autre: .....

**chez vous ou dans votre famille**  Myopathie  Myasthénie

Problème de coagulation? Hémophilie, maladie de Von Willebrand ?

Antécédent familial d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral, d'anévrisme...

**Problème d'anesthésie dans votre famille**  Précisez: .....

**13. Souhaitez-vous entrer en contact avec un anesthésiste avant votre hospitalisation?** Oui  Non

**14. Remarque:** Si vous souhaitez ajouter quelque chose:

*J'ai bien lu et rempli attentivement chaque rubrique de ce questionnaire.*

Date: ... / ... / ..... Signature: .....

**Quelques remarques et conseils importants:**

Pour votre opération, il vous est demandé d'ôter toutes vos bagues, bracelets, colliers, bijoux, piercings et de ne pas vous maquiller. Si vous utilisez une **CPAP** pour dormir, **veuillez l'emporter avec vous** lors de votre hospitalisation.

**Si vous êtes opéré le jour de votre arrivée à la clinique, il est indispensable de ne pas manger depuis 6 heures avant votre heure de convocation. Vous pouvez boire de l'eau jusqu'à 2 heures avant votre arrivée à la clinique, sauf avis contraire de la part du chirurgien ou de l'anesthésiste.**

Les informations concernant vos médicaments habituels vous seront données par un anesthésiste, votre chirurgien ou votre médecin traitant. En cas de **maladie peu de temps avant votre intervention**, ou en cas de **modification de traitement ou dans votre état de santé**, il est important de **recontacter le secrétariat d'anesthésie** afin de s'assurer que rien n'interfère avec l'opération.

Veuillez emmener avec vous à l'hôpital tous les médicaments que vous prenez. Emmenez également ce questionnaire et si disponible, votre carte de groupe sanguin. Il est déconseillé d'emporter des objets de valeurs et de l'argent liquide.

Après votre opération, vous serez surveillé dans votre chambre; plus rarement, votre anesthésiste peut décider de vous faire surveiller dans une unité de soins post-anesthésie ou aux soins intensif.

Dans le cas d'une hospitalisation d'un jour, les critères de sortie sont exposés ci-après. Sachez que vous pourriez rester hospitalisé la nuit si vous n'y répondez pas:

- Vous mangez et buvez avant le départ de l'hôpital .
- Il n'y a pas de complication chirurgicale majeure, saignement ou autre.
- La douleur est aisément contrôlée avec des antidouleurs par la bouche.
- Vous ne souffrez pas de nausées ou de vomissements.
- Vous êtes accompagné chez vous au cours de la première nuit. Un adulte peut vous venir en aide si nécessaire.

**Vous ne pouvez pas conduire de véhicule avant le lendemain au plus tôt ni utiliser de machine dangereuse.**

Les anesthésistes sont à votre disposition pour répondre à toute question complémentaire.