

**MISE À DISPOSITION DES DOCUMENTS PAR  
LA CHIRURGIENNE/LE CHIRURGIEN :**

- Par e-mail à :  
[patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch](mailto:patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch)
- Via Doc Box

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

### DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Date de naissance
Prénom	Téléphone
Adresse	Téléphone mobile
Profession	
Votre médecin de famille (nom, adresse)	

### OPÉRATION PRÉVUE

Intervention planifiée?
-------------------------

### OPÉRATIONS ANTÉRIEURES

Avez-vous déjà eu des problèmes avec l'anesthésie lors de précédentes opérations? Si oui, lesquels: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des complications lors de précédentes opérations? Si oui, lesquelles: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### ÉTAT DE SANTÉ

Taille (cm) \_\_\_\_\_ Poids (kg) \_\_\_\_\_

### Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous actuellement un ou plusieurs des problèmes suivants ?

Troubles cardiaques (p.ex. angine de poitrine, infarctus, stents, insuffisance cardiaque, valvulopathie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles du rythme cardiaque (fibrillation auriculaire, port d'un stimulateur cardiaque, port d'un défibrillateur)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension (cocher également en cas de traitement médicamenteux efficace)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pouvez-vous monter deux étages à pied sans être essoufflé(e)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (p. ex. BPCO, asthme, oxygénothérapie à domicile, embolie pulmonaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome d'apnée du sommeil (apportez votre appareil respiratoire à la clinique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AVC (hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies du sang ou troubles de la coagulation (thrombose, hémorragie après intervention dentaire, opération, menstruation)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous une anémie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie rénale ou maladie hépatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trouble du métabolisme (p.ex. troubles thyroïdiens, cholestérol, acide urique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Problèmes gastriques (reflux gastro-oesophagien, brûlures d'estomac, bypass gastrique, anneau gastrique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie neurologique (p.ex. épilepsie, Parkinson, paralysies, neurostimulateur)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie musculaire sévère (p.ex. myopathie, dystrophie musculaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie psychique (p.ex. dépression, attaques de panique, burnout)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pourriez-vous être enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous actuellement d'un cancer? Si oui, lequel: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergie ou intolérance? Si oui, lesquelles: _____ (Merci de venir à la clinique avec votre carte d'allergie.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Prenez-vous plus de deux médicaments par jour?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des anticoagulants? Si oui, lesquels: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Buvez-vous quotidiennement plus de 3 dl de schnaps, plus de 5 dl de vin ou plus de 1l de bière?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fumez-vous plus de 20 cigarettes par jour?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous/avez-vous pris des drogues? Si oui, lesquelles: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

#### REMARQUES

Date: \_\_\_\_\_ Signature patiente/patient: \_\_\_\_\_  
(Pas nécessaire en cas d'envoi électronique.)

#### À COMPLÉTER PAR LA/LE MÉDECIN TRAITANT

Le chirurgien/la chirurgienne dispose-t-il/elle des documents préopératoires?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La patiente/le patient a besoin d'un examen préopératoire, à faire chez sa/son médecin de famille:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date: _____ La chirurgienne/le chirurgien: _____		



**Une consultation chez la/le médecin de famille est impérative lorsque:**

- au moins 1 champ rouge ou 2 champs bleus sont cochés,
- le patient est âgé de 70 ans ou plus,
- l'intervention chirurgicale appartient à la classe de risque B ou C.

**Si vous avez des questions à propos du questionnaire de santé, veuillez vous adresser à:**

- Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie,  
T +41 41 208 33 88, e-mail: kais@hirslanden.ch