

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Merci de bien vouloir remplir avec attention ce questionnaire et le remettre à votre infirmière lors de votre hospitalisation.

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

- Quelle est votre taille? _____
- Quel est votre poids? _____ oui non
- Avez-vous des allergies? ☐ ☐
Si oui, lesquelles _____
- Prenez-vous des médicaments? ☐ ☐
Si oui, indiquez le nom, le dosage et l'heure de prise _____

- Avez-vous des dents qui bougent (pivots, couronnes)? ☐ ☐
- Avez-vous une prothèse dentaire? ☐ oui ☐ haute ☐ basse ☐ non
- Connaissez-vous votre groupe sanguin? _____
(veuillez apporter votre carte de groupe)
- Etes-vous enceinte? ☐ ☐
- Fumez-vous? ☐ ☐
Si oui, combien de cigarettes (cigares, pipes) par jour _____
- Consommez-vous régulièrement de l'alcool ou des drogues? ☐ ☐
- Avez-vous déjà subi des opérations? ☐ ☐
Si oui, lesquelles et en quelle année _____

- Avez-vous présenté des complications lors d'anesthésies? ☐ ☐
Si oui, lesquelles _____
- Des membres de votre famille ont-ils présenté des complications lors d'anesthésies?
Si oui, lesquelles _____

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE?

- insuffisance cardiaque ☐ ☐
- palpitations ☐ ☐
- angine de poitrine / infarctus ☐ ☐
- anomalie des valves cardiaques ☐ ☐
- stimulateur cardiaque (pace-maker) ☐ ☐
- hypertension artérielle ☐ ☐
- varices, thrombose ☐ ☐

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE MALADIE RESPIRATOIRE?

oui non

- essoufflement
- bronchite chronique
- asthme
- toux et expectorations / rhume
- embolie pulmonaire
- emphysème

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX?

- épilepsie
- attaque cérébrale
- traumatisme crânien
- sciatique
- maladie de Parkinson
- autre _____

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE MALADIE DU SYSTÈME DIGESTIF?

- hernie hiatale
- ulcère gastrique
- hépatite
- pancréatite
- constipation
- brûlures oesophagiennes

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE MALADIE DES REINS OU DE LA VESSIE?

- calculs rénaux
- insuffisance rénale
- infection urinaire

☐	☐
☐	☐
☐	☐

- Souffrez-vous d'anémie?
- Avez-vous tendance à saigner beaucoup en cas de blessure / Hématomes?
- Souffrez-vous d'un glaucome?
- Souffrez-vous de diabète?

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Si oui, comment est-il traité? _____

- Souffrez-vous d'une maladie de la thyroïde?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- Commentaires _____

Date _____

Signature du patient