



BC 6-13 Doc. médicale - 1) Ordonnance 2) Ordres médicaux

ANESTHÉSIE

QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

Merci de bien vouloir remplir avec attention ce questionnaire et le retourner de suite à la clinique. Si votre opération a lieu dans moins de 7 jours ouvrables, veuillez le prendre avec vous lors de votre hospitalisation et le remettre à l'infirmière. **Si votre anesthésiste le juge nécessaire, il vous contactera la veille de votre opération entre 15h00 et 18h00. Nous vous prions absolument de rester joignable (portable ou domicile).**

- Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____
- Votre numéro de téléphone au domicile _____ Portable _____
- Quelle est votre taille? _____
- Quel est votre poids? _____ Pesez-vous plus de 100kg ? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous des allergies? Si oui, lesquelles? _____ ☐ oui ☐ non
- Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes (cigares, pipes) par jour? _____ ☐ oui ☐ non
- Consommez-vous régulièrement de l'alcool? Si oui, combien? _____ ☐ oui ☐ non
- Consommez-vous régulièrement des drogues? Si oui, combien? _____ ☐ oui ☐ non
- Êtes-vous enceinte? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous déjà subi des opérations? Si oui, lesquelles et en quelle année? _____ ☐ oui ☐ non
- Avez-vous présenté des complications lors d'anesthésies? Si oui, lesquelles? _____ ☐ oui ☐ non
- Des membres de votre famille ont-ils présenté des complications lors d'anesthésies? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquelles _____
- PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS?** (Y compris plantes et produits naturels) ☐ oui ☐ non
Si oui, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous **tous** les médicaments que vous prenez.
De plus, merci de les prendre avec vous dans **leur emballage d'origine** lors de votre hospitalisation.

Médicaments Nom, dosage et forme galénique (comprimé, gouttes, sirop)	Posologie			
	Matin	Midi	Soir	Nuit

À remplir par le médecin à la Clinique Cecil			
Préopératoire continuer stop		Postopératoire continuer stop	
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Date _____

Validation médicale _____

Date _____

Relevé infirmier _____

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

- | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------|
| - Insuffisance cardiaque | ☒ oui | ☐ non | - Hypertension artérielle | ☐ oui | ☐ non |
| - Palpitations | ☐ oui | ☐ non | - Varices, thrombose | ☐ oui | ☐ non |
| - Angine de poitrine / infarctus | ☒ oui | ☐ non | - Greffe cardiaque | ☒ oui | ☐ non |
| - Anomalie des valves cardiaques | ☒ oui | ☐ non | - Stimulateur cardiaque (Pacemaker) | ☐ oui | ☐ non |

- Avez-vous tendance à saigner beaucoup en cas de blessure / hématomes? ☒ oui ☐ non
- Avez-vous présenté une hémorragie lors ou suite à une opération? ☒ oui ☐ non
- Prenez-vous des médicaments pour anticoaguler votre sang (Aspirine® > 300mg ou autre)? ☒ oui ☐ non
- Prenez-vous des médicaments à base de gingembre, ginko, ginseng, curcuma ou ail? ☒ oui ☐ non
- Souffrez-vous d'une maladie du sang? ☒ oui ☐ non

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

- | | | | | | |
|-----------------------|---|------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|
| - Essoufflement | ☐ oui | ☐ non | - Toux et expectorations / rhume | ☐ oui | ☐ non |
| - Bronchite chronique | ☐ oui | ☐ non | - Embolie pulmonaire | ☐ oui | ☐ non |
| - Asthme sévère | ☒ oui | ☐ non | - Emphysème | ☐ oui | ☐ non |
| - Ronflement | ☐ oui | ☐ non | - Syndrome d'apnée du sommeil | ☒ oui | ☐ non |

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

- | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Épilepsie | ☐ oui | ☐ non | - Sciatique | ☐ oui | ☐ non |
| - Attaque cérébrale | ☐ oui | ☐ non | - Maladie de Parkinson | ☐ oui | ☐ non |
| - Traumatisme crânien | ☐ oui | ☐ non | - Autre _____ | ☐ oui | ☐ non |

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

- | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Hernie hiatale | ☐ oui | ☐ non | - Pancréatite | ☐ oui | ☐ non |
| - Ulcère gastrique | ☐ oui | ☐ non | - Constipation | ☐ oui | ☐ non |
| - Hépatite | ☐ oui | ☐ non | - Brûlures œsophagiennes | ☐ oui | ☐ non |

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

- | | | | | | |
|-----------------------|---|------------------------------|----------------------|---|------------------------------|
| - Calculs rénaux | ☐ oui | ☐ non | - Infection urinaire | ☐ oui | ☐ non |
| - Insuffisance rénale | ☒ oui | ☐ non | - Greffe rénale | ☒ oui | ☐ non |

- Souffrez-vous d'un glaucome? ☐ oui ☐ non
- Souffrez-vous d'une maladie de la thyroïde? ☐ oui ☐ non
- Souffrez-vous de diabète insulino-dépendant? ☒ oui ☐ non
- Avez-vous des dents qui bougent (pivots, couronnes)? Avez-vous une prothèse dentaire? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous des piercings? (si oui, merci de les enlever avant de venir) ☐ oui ☐ non
- Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans les 12 mois qui précèdent? ☐ oui ☐ non
- Est-ce que votre opération est en lien avec un programme humanitaire? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous été transféré d'un lieu de soins (EMS, CTR, Clinique, Hôpital) dans lequel vous avez séjourné plus de 24 heures? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous été hospitalisé (séjour plus de 24h), il y a moins d'un mois? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous été porteur d'une bactérie multi-résistante? ☐ oui ☐ non
- Commentaires _____

Coordonnées de votre médecin généraliste, numéro de téléphone _____

Coordonnées de votre médecin spécialiste, numéro de téléphone _____

Date _____ Signature du patient _____

Si vous avez répondu Oui à une question en rouge, ou si vous estimez avoir besoin d'une consultation avec l'anesthésiste, vous devez rapidement prendre contact avec la consultation préopératoire au N° 021 310 57 80, les jours ouvrables uniquement entre 09h00 et 14h00.