

# QUESTIONNAIRE MEDICAL PRE OPERATOIRE

À remplir vous-même ou avec l'aide de votre médecin traitant.

Lorsque vous répondez « oui » à une question qui mentionne plusieurs situations, merci d'entourer celle(s) qui vous concerne.

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Poids: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_

## 1. OPERATIONS PRECEDENTES ET GENRE D'ANESTHESIE:

A= anesthésie générale, B=anesthésie épidurale ou rachidienne, C = anesthésie locale (veuillez cocher):

1) \_\_\_\_\_ A B C année: \_\_\_\_\_ Clinique/Hôpital: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ A B C année: \_\_\_\_\_ Clinique/Hôpital: \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ A B C année: \_\_\_\_\_ Clinique/Hôpital: \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ A B C année: \_\_\_\_\_ Clinique/Hôpital: \_\_\_\_\_

a. Y a-t-il eu des incidents lors de l'anesthésie?  Oui  Non  Ne sait pas

(nausées, vomissements, difficultés de réveil, autres...)? \_\_\_\_\_

Si oui, lors de quel type d'anesthésie:  A  B  C

b. Y a-t-il eu des incidents d'anesthésie chez une personne de votre famille?  Oui  Non  Ne sait pas

c. Avez-vous déjà été transfusé(e)?  Oui  Non  Ne sait pas

## 2. CŒUR ET VAISSEAUX:

a. Avez-vous et/ou avez-vous eu des problèmes cardiaques? .....  Oui  Non

b. Pouvez-vous monter deux étages à pied sans être essoufflé(e)? .....  Oui  Non

c. Avez-vous des douleurs dans la poitrine? .....  Oui  Non

d. Avez-vous des palpitations, un cœur trop rapide et/ou irrégulier? .....  Oui  Non

e. Avez-vous «un souffle au cœur»? .....  Oui  Non

f. Avez-vous de l'hypertension? Êtes-vous traité(e) pour cela? .....  Oui  Non

g. Avez-vous déjà perdu connaissance brutalement? .....  Oui  Non

h. Avez-vous des varices? .....  Oui  Non

i. Avez-vous fait une thrombo-phlébite? Une embolie pulmonaire? .....  Oui  Non

j. Avez-vous un pacemaker? Un défibrillateur? .....  Oui  Non

## 3. POUMONS:

a. Avez-vous et/ou avez-vous eu une maladie respiratoire? .....  Oui  Non

b. Avez-vous et/ou avez-vous eu de l'asthme? .....  Oui  Non

c. Toussez-vous, crachez-vous tous les jours? .....  Oui  Non

d. Présentez-vous un syndrome d'apnée du sommeil? Appareillé? .....  Oui  Non

e. Avez-vous besoin d'oxygène à domicile? .....  Oui  Non

**4. NERFS, MUSCLES, OS ET SQUELETTE:**

- a. Avez-vous eu des convulsions? De l'épilepsie? .....  Oui  Non
- b. Avez-vous eu une attaque cérébrale? Un coma? Un traumatisme crânien? .....  Oui  Non  
Une paralysie? Une hémiparésie? Une parapésie?
- c. Avez-vous des migraines (maux de tête) graves? .....  Oui  Non
- d. Avez-vous une maladie des muscles (myopathie, myasthénie)? .....  Oui  Non
- e. Souffrez-vous de la colonne vertébrale (malformation, fracture, hernie discale)? .....  Oui  Non  
Si oui, précisez \_\_\_\_\_
- f. Avez-vous souffert d'une dépression? Anxiété importante? .....  Oui  Non
- g. Souffrez-vous d'une maladie rare? .....  Oui  Non  
Si oui, précisez \_\_\_\_\_

**5. APPAREIL DIGESTIF:**

- a. Avez-vous une hernie hiatale? Un ulcère? Des brûlures d'estomac? .....  Oui  Non
- b. Avez-vous eu une jaunisse? Une hépatite? .....  Oui  Non
- c. Souffrez-vous de la vésicule biliaire? Du foie? .....  Oui  Non

**6. APPAREIL URINAIRE:**

- a. Souffrez-vous d'infections urinaires? De coliques néphrétiques? .....  Oui  Non
- b. Avez-vous des difficultés pour uriner et/ou urinez-vous plusieurs fois par nuit? .....  Oui  Non
- c. Avez-vous une maladie des reins? Une insuffisance rénale? .....  Oui  Non

**7. SANG ET COAGULATION:**

- a. Avez-vous maladie du sang (thalassémie, drépanocytose, hémophilie)? .....  Oui  Non
- b. Vous-même ou quelqu'un de votre famille a-t-il saigné beaucoup et/ou trop longtemps lors d'une plaie, de soins dentaires ou d'une opération? .....  Oui  Non
- c. Faites-vous fréquemment des bleus (hématomes)? .....  Oui  Non
- d. Saignez-vous facilement du nez ou en vous brossant les dents? .....  Oui  Non

**8. MALADIE METABOLIQUE:**

- a. Avez-vous des problèmes de thyroïde ou un goître? .....  Oui  Non
- b. Avez-vous du cholestérol? De la goutte? .....  Oui  Non
- c. Avez-vous du diabète? .....  Oui  Non  
Si oui, précisez avec ou sans insuline: \_\_\_\_\_

**9. ALLERGIES:**

- a. Avez-vous de l'eczéma? De l'urticaire? Du rhume des foins? .....  Oui  Non
- b. Avez-vous des allergies à certains aliments? .....  Oui  Non  
Si oui, lesquelles: \_\_\_\_\_
- c. Avez-vous fait un œdème de Quincke (gonflement du visage et de la gorge)? .....  Oui  Non
- d. Êtes-vous allergique: aux produits iodés (radiologiques, désinfectant)? .....  Oui  Non  
au latex? .....  Oui  Non  
à la pénicilline? .....  Oui  Non  
à d'autres antibiotiques? .....  Oui  Non  
à l'aspirine? .....  Oui  Non
- e. Êtes-vous allergique à d'autres médicaments? .....  Oui  Non  
Si oui lesquels? \_\_\_\_\_

**10. QUESTIONS DIVERSES:**

- a. Êtes-vous enceinte? .....  Oui  Non
- b. Fumez-vous? .....  Oui  Non  
Si oui combien par jour? \_\_\_\_\_  
Depuis combien d'année? \_\_\_\_\_
- c. Buvez-vous de l'alcool? .....  Oui  Non  
Si oui combien de verres par jour? \_\_\_\_\_  
Combien de verres de bière? \_\_\_\_\_  
Combien de verres de vin? \_\_\_\_\_  
Combien de verres d'alcool fort? \_\_\_\_\_
- d. Consommez-vous de la drogue (haschisch, ecstasy, cocaïne, héroïne, autre)? .....  Oui  Non
- e. Avez-vous une sérologie positive au HIV? à l'Hépatite B ou C? .....  Oui  Non
- f. Portez-vous des prothèses  
dentaires? (appareil supérieur, appareil inférieur, dent(s) sur pivot) .....  Oui  Non  
oculaires? (lunettes, lentilles) .....  Oui  Non  
auditives? .....  Oui  Non
- g. Avez-vous un glaucome? .....  Oui  Non  
Si oui de quel côté? \_\_\_\_\_
- h. Avez-vous eu ce dernier mois de la fièvre? Des frissons? La grippe? Le rhume? .....  Oui  Non
- i. Voulez-vous indiquer d'autres informations: \_\_\_\_\_

**11. MEDICAMENTS:**

- a. Prenez-vous habituellement de l'Aspirine? Du Plavix? .....  Oui  Non
- b. Prenez-vous actuellement un médicament anticoagulant .....  Oui  Non  
(Sintrom, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, autres)?
- c. Nom et doses des médicaments actuels: .....  
Joindre si possible une copie de l'ordonnance:

Nom et dosage du médicament	Matin	Midi	Soir	Nuit
Exemple: Dafalgan 1g	1	0	1	0

Pourrez-vous bénéficier d'une aide de votre entourage lors de votre retour à domicile?  Oui  Non

Précisez \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin traitant/N° de téléphone \_\_\_\_\_

Autre médecin/N° de téléphone \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Si vous avez complété ce questionnaire avec votre médecin traitant:

Date: \_\_\_\_\_ Signature et timbre du médecin: \_\_\_\_\_

## INFORMATION POUR L'ANESTHÉSIE

A signer avant la consultation d'anesthésie et à envoyer au secrétariat d'anesthésie (par Fax 022 702 26 33, email reservation.lacolline@hirslanden.ch ou courrier postal Av. de Beau-Séjour 6 - 1206 - Genève) avec votre questionnaire complété.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ déclare avoir lu et **compris** le document d'information joint.

Genève, le \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(À remplir après l'entretien avec votre anesthésiste)

Date de l'intervention : \_\_\_\_\_

Intervention (non détaillée) : \_\_\_\_\_

Type d'anesthésie proposé : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom, prénom en lettre majuscules) déclare, après réflexion et lecture attentive des documents d'informations reçus préalablement et après les informations et explications reçues lors de cet entretien, accepter le type d'anesthésie proposé.

Remarques spécifiques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je certifie que j'ai pu poser toutes mes questions et que le médecin anesthésiste a répondu pleinement à ces dernières.

Documentation fournie : \_\_\_\_\_

- Brochure « Informations pour l'anesthésie »
- Accès au site internet

Genève, le \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_

Ou Signature du représentant légal\* : \_\_\_\_\_

Signature du médecin anesthésiste : \_\_\_\_\_

\*La signature du patient doit être obtenue, sauf en cas d'urgence ou en cas d'incapacité de discernement.