

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE

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: Profession:

Poids: Taille:

1. OPÉRATIONS PRÉCÉDENTES ET GENRE D'ANESTHÉSIE

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 sais 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 sais pas

c. Avez-vous déjà été transfusé(e) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais 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 ? ☐ Oui ☐ Non
- g. Si oui à la question ci-dessus, êtes-vous traité(e) pour cela ? ☐ Oui ☐ Non
- h. Avez-vous déjà perdu connaissance brutalement ? ☐ Oui ☐ Non
- i. Avez-vous des varices ? ☐ Oui ☐ Non
- j. Avez-vous fait une thrombo-phlébite ? Une embolie pulmonaire ? ☐ Oui ☐ Non
- k. 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 ? ☐ Oui ☐ Non
- e. Si oui à la question ci-dessus, appareillé ? ☐ Oui ☐ Non
- f. 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
- c. Si oui à la question ci-dessus, une paralysie ? Une hémiplégie ? Une paraplégie ?..... ☐ Oui ☐ Non
- d. Avez-vous des migraines (maux de tête) graves ?..... ☐ Oui ☐ Non
- e. Avez-vous une maladie des muscles (myopathie, myasthénie) ?..... ☐ Oui ☐ Non
- f. Souffrez-vous de la colonne vertébrale (malformation, fracture, hernie discale) ?..... ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

- g. Avez-vous souffert d'une dépression ? Anxiété importante ?..... ☐ Oui ☐ Non
- h. 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 MÉTABOLIQUE

- 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 des dents abîmées ? ☐ Oui ☐ Non
- i. Avez-vous eu ce dernier mois de la fièvre ? Des frissons ? La grippe ? Le rhume ? ☐ Oui ☐ Non
- j. Voulez-vous indiquer d'autres informations ?
- k. Acceptez-vous une transfusion en cas d'absolue nécessité ? ☐ Oui ☐ Non
- l. Avez-vous des directives anticipées ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, merci de transmettre une copie.

11. MÉDICAMENTS

- a. Prenez-vous habituellement de l'Aspirine ? Du Plavix ? ☐ Oui ☐ Non
- b. Prenez-vous actuellement un médicament anticoagulant
(Sintrom, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, autres) ? ☐ Oui ☐ Non
- c. L'arrêt de votre anticoagulant et son éventuel relais ont-ils été programmés ? ☐ Oui ☐ Non
- d. Nom et doses des médicaments actuels
et joindre si possible une copie de l'ordonnance :

Nom et dosage du médicament	matin	midi	soir	nuît
Exemple : Dafalgan 1 g	1	0	1	0

Qui peut-on contacter en cas de nécessité ? Nom : Tél. :

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 : _____

INFORMATION POUR L'ANESTHÉSIE

A compléter et à signer avant la consultation d'anesthésie. A envoyer au secrétariat d'anesthésie par e-mail (anesthesie.lacolline@hirslanden.ch) ou à amener avec vous, lors de la consultation d'anesthésie.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur [] (nom, prénom en lettre majuscules)
déclare avoir lu et compris le document d'information joint.

Genève, le [] Signature : _____

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

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.

☐ **Facturation :** J'autorise mon médecin-anesthésiste à déléguer le traitement de mes factures et autorise leur transfert électronique au centre de confiance statistique de l'AMGe (Association des Médecins de Genève).
J'autorise également mon médecin à procéder au recouvrement de mes factures par tout moyen utile et toute voie de droit, et le délègue du secret professionnel à cet égard.

Documentation fournie : Brochure « Informations pour l'anesthésie » et 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.

Ce document doit faire partie du dossier patient.

Une copie peut être remise au patient à sa demande.