

AVEZ-VOUS OU ÊTÉS-VOUS ATTEINT D'UNE MALADIE DES SYSTÈMES D'ORGANES SUIVANTS?

Veillez compléter, cocher les cases correspondantes et souligner ce qui est approprié.

Cœur oui non

Infarctus du myocarde, angine de poitrine, anomalie cardiaque, troubles du rythme cardiaque, détresse respiratoire à l'effort ou au repos

ou

Circulation sanguine oui non

Hypertension, hypotension

ou

Vaisseaux oui non

Troubles vasculaires, varices, thromboses

ou

Poumons et voies respiratoires oui non

Pneumonie, tuberculose, pneumoconiose, emphysème pulmonaire, asthme, bronchite chronique, embolie pulmonaire, toux/expectorations

ou

Œsophage, estomac, intestins, oui non

foie, vésicule biliaire

Brûlures d'estomac, vomissements fréquents, ulcère, problèmes digestifs, calculs biliaires, hépatite

ou

Métabolisme oui non

Diabète, goutte, taux élevés de lipides sanguins

ou

Glande thyroïde oui non

Hyper- ou hypothyroïdie, goitre

ou

Reins et voies urinaires oui non

Calculs rénaux, inflammations, valeurs rénales élevées, dialyse, cystites

ou

Yeux oui non

Cataracte, glaucome, anisocorie, troubles de la vision, handicap visuel

ou

Appareil locomoteur oui non

Affection articulaire, troubles dorsaux, troubles posturaux, douleurs dans l'épaule ou le bras

Y avait-il ou y-a-t-il chez vous ou chez vos parents par le sang des maladies musculaires?

oui non

Sang oui non

Troubles de la coagulation (fréquents saignements du nez et des gencives, ecchymoses), anémie, règles très fortes, autres fortes hémorragies

ou

Nerfs oui non

Attaque ou apoplexie, épilepsie, paralysies, trouble de la sensibilité, pertes de mémoire, difficultés de concentration, céphalées, migraine

ou

Humeur: dépression oui non

ou

Allergie oui non

Rhume des foins, asthme, hypersensibilité à des médicaments, au latex, à des aliments, à l'iode, au sparadrap, aux produits de contraste, à des cosmétiques, à des métaux

ou

Prenez-vous actuellement des médicaments? oui non

(Veillez prendre à l'hôpital tous vos médicaments dans leur emballage d'origine)

Lesquels?

.....

.....

Autres maladies ou particularités non mentionnées?

.....

.....

CONFIRMATION

Je confirme par ma signature avoir complété toutes les indications de manière conforme à la vérité. J'ai lu la fiche d'information et je n'ai plus de questions importantes. Je suis informé que je peux discuter au préalable de l'anesthésie, par téléphone ou en personne. Le jour de l'admission, un bref entretien avec le médecin anesthésiste sera encore réalisé.

Lieu/Date

Signature

.....