



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

Veuillez 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

(Veuillez 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 brochure sur l'anesthésie ainsi que 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

.....