



BC_e-2 OP – Einwilligung



ST_33 – IFAI-Fragebogen

Merci de retourner le questionnaire dans les meilleurs délais:

- Via DocBox

- Par e-mail à ifai.hirslanden@hirslanden.ch

- Par courrier à: Klinik Hirslanden

Institut für Anästhesiologie und
Intensivmedizin (IFAI)

Witellikerstrasse 40

8032 Zürich

T +41 44 387 22 99 / F +41 44 387 38 85

DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Date de naissance
Prénom	Téléphone
Adresse	Téléphone mobile
NPA / Localité	Adresse e-mail
Profession	Taille (cm) Poids (kg)
Votre médecin de famille (nom, adresse, téléphone, e-mail)?	

OPÉRATION PRÉVUE

Intervention planifiée?	Date:
Chirurgien / Opérateur?	

OPÉRATIONS ANTÉRIEURES

Intervention / Date ?		
Avez-vous déjà rencontré, vous ou un parent direct, des problèmes liés à l'anesthésie? Si oui, lesquels?		
Avez-vous par le passé présenté dans les suites d'une intervention chirurgicale ou d'une maladie grave un état de confusion (délir)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

ÉTAT DE SANTÉ

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous actuellement un ou plusieurs des problèmes suivants?

Maladies des artères coronaires (par ex., angine de poitrine, infarctus, stents)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies des valves cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension (cocher également en cas de traitement médicamenteux efficace)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (par ex., BPCO, asthme, oxygénothérapie à domicile)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Embolie pulmonaire et/ou thrombose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AVC (hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies du sang ou troubles de la coagulation (hémorragie après intervention dentaire, opération, menstruation)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des anticoagulants?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous une anémie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète insulino-dépendant (pompe à insuline oui/non?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète non insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes gastriques (reflux gastro-œsophagien, brûlures d'estomac, bypass gastrique, anneau gastrique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie hépatique, ancienne hépatite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trouble du métabolisme (par ex., troubles thyroïdiens, cholestérol, acide urique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie neurologique (par ex., épilepsie, Parkinson, paralysies, neurostimulateur)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Des troubles de la mémoire, une démence; un état confusionnel; des déficiences visuelle ou auditive sévères	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie musculaire sévère (par ex., myopathie, dystrophie musculaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie psychique (par ex., dépression, attaques de panique, burnout)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome d'apnée du sommeil (apportez votre appareil respiratoire à la clinique!)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergie ou intolérance (si oui, laquelle?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

CAPACITÉS PHYSIQUES

Pouvez-vous monter deux étages à pied sans être essoufflé(e)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous essoufflé(e) au quotidien?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous parfois des douleurs, une sensation de pression ou une sensation d'oppression dans la poitrine?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

QUESTIONS GÉNÉRALES

Pourriez-vous être enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Recevez-vous actuellement ou avez reçu un traitement contre le cancer? Pour quel organe?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous rédigé des directives anticipées?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
En cas d'hémorragie engageant le pronostic vital, refuseriez-vous des produits sanguins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fumez-vous? Combien de cigarettes par jour: Depuis combien d'années?:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Buvez-vous de l'alcool? Si oui, quelle quantité par jour:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous/avez-vous pris des drogues?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des dents qui bougent ou sont défectueuses?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

* Si l'intervention chirurgicale est en lien avec une grossesse (par ex., césarienne, curetage, cerclage), le rapport du médecin de famille n'est pas exigé. Veuillez plutôt nous fournir les rapports et résultats gynécologiques dont vous disposez (analyses, etc.).

REMARQUES

MÉDICAMENTS

Quels médicaments prenez-vous?

À quels moments de la journée?

Médicament	mg	Matin	Midi	Soir	Nuit

Date	Signature
------	-----------

Une consultation chez le médecin de famille est impérative lorsque:

- au moins 1 champ rouge ou 2 champs bleus sont cochés,
- le patient est âgé de 65 ans ou plus,
- l'intervention chirurgicale appartient à la classe de risque B ou C.

Note pour l'envoi par e-mail:

Veillez sauvegarder le formulaire le formulaire localement sur votre support de données puis l'envoyer par e-mail à ifai.hirslanden@hirslanden.ch

Si vous avez des questions à propos du questionnaire de santé, veuillez vous adresser à:

Klinik Hirslanden
 Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin (IFAI)
 Witellikerstrasse 40
 8032 Zürich
 T +41 44 387 22 99 / F +41 44 387 38 85
ifai.hirslanden@hirslanden.ch