



Merci d'envoyer le questionnaire dans les meilleurs délais à:

Klinik Hirslanden
Institut d'anesthésiologie et de soins intensifs (IFAI)
Witellikerstrasse 40
8032 Zurich

Téléphone 044 387 22 99 / Fax 044 387 38 85
anascanning.hirslanden@hirslanden.ch

DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Date de naissance
Prénom	Téléphone privé
Adresse	Téléphone prof.
NPA/ville	Adresse e-mail
Qui est votre médecin de famille (nom, adresse, téléphone) ?	

OPÉRATION PRÉVUE

Quelle est la nature de l'opération ?	Date
Qui est le médecin qui vous opère ?	
Avez-vous rédigé des directives anticipées ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

OPÉRATIONS ANTÉRIEURES

Laquelle ?	Quand ?
Laquelle ?	Quand ?
Laquelle ?	Quand ?
Laquelle ?	Quand ?
Avez-vous déjà rencontré, vous ou un parent direct, des problèmes liés à l'anesthésie ? Si oui, lesquels ?	

ÉTAT DE SANTÉ

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

Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie des artères coronaires (angine de poitrine, infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie des valves cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (par ex. BPCO, asthme, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AVC (hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hémophilie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète non insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une anémie a-t-elle déjà été diagnostiquée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie hépatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie de la thyroïde et autre trouble du métabolisme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie neurologique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie psychique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergie, si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles musculaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes gastriques (reflux, brûlures d'estomac)	<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 checked="" type="checkbox"/> Non
Êtes-vous essoufflé(e) au quotidien ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous parfois des douleurs, une sensation de pression ou une sensation d'oppression dans la	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

QUESTIONS GÉNÉRALES

Pourriez-vous être enceinte ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des anticoagulants ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
En cas d'hémorragie engageant le pronostic vital, refuseriez-vous des produits sanguins pouvant sauver	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

REMARQUES

MÉDICAMENTS

Quels médicaments prenez-vous ?

Nom	Dosage

Une consultation chez le médecin de famille avant l'opération est nécessaire si vous avez coché au moins une case rouge ou deux cases bleues et/ou si vous avez plus de 65 ans et/ou si vous présentez une classe de risque opératoire supérieure ou égale à B.

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