



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ANESTHÉSIE

Cocher X, souligner le symptôme concerné ou décrire le problème en quelques mots, s.v.p.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom	Date de naissance	
Prénom	Téléphone privé	
Rue	Téléphone professionnel	
NPA/Localité	Stature	Poids

OPÉRATION PRÉVUE

Type d'opération?	Date de l'opération?
Nom du chirurgien?	
Médecin de famille? Nom, Prénom	
Adress	

OPÉRATIONS PASSÉES

Type d'anesthésie

Type d'opération?	Date:	<input type="checkbox"/> générale	<input type="checkbox"/> régionale
Type d'opération?	Date:	<input type="checkbox"/> générale	<input type="checkbox"/> régionale
Type d'opération?	Date:	<input type="checkbox"/> générale	<input type="checkbox"/> régionale
Type d'opération?	Date:	<input type="checkbox"/> générale	<input type="checkbox"/> régionale

Avez-vous eu des complications dues à l'anesthésie? Complications médicaux? oui non

Vomissements Nausées Maux de gorge Maux de tête Vertiges Difficultés respiratoires

Existe-t-il dans votre famille (consanguins) des cas de complications liées à l'anesthésie? oui non

Si oui, lesquelles?

Avez-vous subi un «check-up» dans les 12 derniers mois? oui non

Si oui, chez quel médecin? Nom

Adresse

QUESTIONS GÉNÉRALES

Avez-vous récemment subi un traitement médical? oui non Lequel?

Fumez-vous de façon régulière? oui non Combien?

Consommez-vous de l'alcool régulièrement? oui non Combien?

Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues? oui non Lesquelles?

Grossesse possible? oui non

Avez-vous subi une transfusion sanguine dans les derniers 3 mois? oui non

Si oui, l'avez-vous bien supportée? oui non

Portez-vous une prothèse ou un implant dentaire? oui non

Avez-vous des dents endommagées ou instables? oui non

Portez-vous un appareil auditif? oui non

Êtes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur?
Veuillez fournir le justificatif avant l'opération. oui non

Avez-vous un piercing? oui non

QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

- Pouvez-vous réaliser vos soins corporels en toute autonomie? oui non
- Êtes-vous capable de marcher sur le plat sur 500 m? oui non
- Êtes-vous capable de réaliser des tâches ménagères faciles? oui non
- Pouvez-vous monter 1 à 2 étages par les escaliers? oui non
- Êtes-vous capable de pratiquer un sport doux (bicyclette, randonnée pédestre)? oui non
- Avez-vous le souffle court au quotidien? oui non
- Avez-vous des douleurs cardiaques au quotidien? oui non

ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS ÉTÉ EN TRAITEMENT POUR LES MALADIES OU SYMPTÔMES SUIVANTS?

- Cœur** (Infarctus, angine de poitrine, malformations cardiaques) oui non
- Circulation** (Tension artérielle haute, basse) oui non
- Vaisseaux sanguins** (Troubles de la circulation, varices, thromboses) oui non
- Poumons et bronches** (Asthme, bronchite chronique, emphysème, embolie pulmonaire) oui non
- Tube digestif, estomac, intestin, foie, vésicule biliaire**
(Aigreurs, vomissements fréquents, ulcère, troubles digestifs, calculs biliaires, hépatite) oui non
- Reins et voies urinaires** (Calculs, inflammation, infection, cystite, dialyse, insuffisance rénale) oui non
- Métabolisme** (Diabète, goutte, cholestérol élevé) oui non
- Yeux** (Cataracte, glaucome, troubles de la vue graves) oui non
- Appareil locomoteur** (Maladies articulaires, maux de dos, scoliose, douleurs dans les épaules, les bras) oui non
- Présence de maladie (neuro)-musculaire dans la famille?** oui non
- Sang** (anémie, cancer du sang/leucémie) oui non
- Troubles de la coagulation** (Saignements de nez fréquents, saignement des gencives, bleus, hématomes) oui non
- Prenez-vous des médicaments anti-thrombotiques? oui non
- Système nerveux** (Attaques, accident vasculaire cérébral, épilepsie, paralysie, troubles de la sensibilité, pertes de mémoire, troubles de la concentration, maux de tête, migraine) oui non
- Allergie** (Rhume des foins, asthme, allergie au latex, allergie alimentaire, à l'iode, aux pansements, au sparadrap, produits de contraste, aux cosmétiques, aux métaux) oui non
- Prenez-vous actuellement des médicaments?** oui non

Nom	Combien

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN / VOM ANÄSTHESIEARZT AUSZUFÜLLEN

- Anzahl MET <4 4-6 >6 Risikoklasse Operation A B C
- Bericht nötig ja nein Bericht geplant ja nein
- Spezielle Untersuchungen? ja nein Nüchtereintritt möglich? ja nein

Datum	Kürzel
-------	--------