

Étiquette patient(e)

**SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE
ET DE MÉDECINE INTENSIVE**

KLINIK IM PARK
SEESTRASSE 220
8027 ZÜRICH
T 044 209 22 71
F 044 209 22 78
ANA-SEKRETARIAT.IMPARK@HIRSLANDEN.CH

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ANESTHÉSIE

Remplir s.v.p. le recto et le verso du présent formulaire, cocher les cases correspondantes et souligner ou mentionner le symptôme concerné.

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Taille _____ Poids _____

OPÉRATION PRÉVUE

Type d'opération? _____

Nom du chirurgien? _____

Date de l'opération prévue? _____

Avez-vous fait l'objet d'un «check-up» dans les douze derniers mois? _____ oui non

Si oui, chez quel médecin? _____

OPÉRATIONS ANTÉRIEURES

TYPE D'ANESTHÉSIE:

Quand? _____

générale

Type d'opération? _____

régionale

Quand? _____

générale

Type d'opération? _____

régionale

Quand? _____

générale

Type d'opération? _____

régionale

Quand? _____

générale

Type d'opération? _____

régionale

**Des incidents se sont-ils produits
durant l'anesthésie?** oui non

Si oui, lesquels? _____

**Des troubles se sont-ils produits
à la suite de l'anesthésie?** oui non

Nausées/vomissements, vertiges, frissons, troubles respiratoires, maux de gorge et troubles de la déglutition, maux de tête, problèmes d'audition, troubles émotionnels, hémorragies?

Autres? _____

**Existe-t-il dans votre famille
(du même sang) des cas de
complications liées à une anesthésie?** oui non

Si oui, lesquels? _____

QUESTIONS GÉNÉRALES

**Avez-vous récemment suivi
d'un traitement médical?** oui non

Si oui, pourquoi? _____

Fumez-vous de façon régulière? oui non

Si oui, combien? _____

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

Si oui, quelle quantité? _____

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

Si oui, lesquelles? _____

Pourriez-vous être enceinte? oui non

**Avez-vous déjà eu une
transfusion sanguine?** oui non

Ces 3 derniers mois oui non

Avez-vous bien supporté la transfusion? oui non

Portez-vous une prothèse dentaire? oui non

Prothèse amovible, dents à pivot,
implants ou jaquettes

Avez-vous des dents qui branlent? oui non

Portez-vous un appareil auditif? oui non

**Portez-vous un stimulateur
cardiaque ou un défibrillateur?** oui non

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES TROUBLES AUX ORGANES SUIVANTS?

Compléter, cocher les cases correspondantes et souligner ce qui convient.

Cœur oui non

Infarctus, angine de poitrine, déficience cardiaque congénitale, arythmie, myocardites, dyspnée à l'effort ou en position couchée

ou _____

Circulation oui non

Hypertension, hypotension

ou _____

Vaisseaux oui non

Troubles circulatoires, varices, thromboses

ou _____

Poumons et voies respiratoires oui non

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

ou _____

Œsophage, estomac, intestin, foie, vésicule biliaire oui non

Aigreurs d'estomac, vomissements fréquents, ulcère, troubles digestifs, calculs biliaires, hépatite

ou _____

Métabolisme oui non

Diabète, goutte, hyperlipidémie

ou _____

Thyroïde oui non

Hyperthyroïdie ou hypothyroïdie, goitre

ou _____

Reins et voies urinaires oui non

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

ou _____

Yeux oui non

Cataracte, glaucome, asymétrie pupillaire, troubles visuels, baisse de l'acuité visuelle

ou _____

Appareil locomoteur oui non

Maladies articulaires, maux de dos, posture incorrecte, douleurs aux épaules ou aux bras

Existe-t-il des cas de maladies des muscles dans votre famille (du même sang)? oui non

Sang oui non

Troubles de la coagulation (saignements de nez et de gencives fréquents, bleus), anémie, règles très abondantes, autres saignements abondants

ou _____

Système nerveux oui non

Accident vasculaire cérébral, épilepsie, paralysie, troubles de la sensibilité, manque de mémoire, troubles de la concentration, maux de tête, migraine

ou _____

Humeur: dépression oui non

ou _____

Allergie oui non

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

ou _____

Prenez-vous actuellement des médicaments? oui non

(Veuillez apporter tous vos médicaments à l'hôpital)

Lesquels? _____

Autres maladies non mentionnées ou particularités?

Je confirme par la présente l'exactitude de toutes les informations fournies. J'ai lu la brochure sur l'anesthésie ainsi que la feuille d'information. Le droit suisse exige que le patient soit informé suffisamment à l'avance, à savoir 1 à 3 jours avant l'opération, en fonction du type d'intervention. Nous nous permettrons donc, dans la mesure du possible, de vous convier à notre consultation d'anesthésie.

Lieu _____

Date _____

Signature patient(e) _____

Merci de remplir le questionnaire et de le retourner à la clinique avec les autres documents. Si la date de l'opération est prévue à très court terme, veuillez présenter le questionnaire (ou une copie) lors de votre admission à la clinique ou lors de la consultation d'anesthésie.