

Étiquette patient(e)

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

KLINIK IM PARK  
SEESTRASSE 220  
8027 ZÜRICH  
T 044 209 28 57  
ANAESTHESIE.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 \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ 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

**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, Thyroïde, goutte, hyperlipidémie

ou \_\_\_\_\_

**Maladies infectieuses**  oui  non

Hépatite, HIV

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.