

**Veillez retourner le questionnaire à:**

Clinique des Tilleuls  
Secrétariat anesthésie  
Crêt-des-Fleurs 105  
2501 Biel/Bienne

T +41 32 366 43 82  
anesthesie.destilleuls@hirslanden.ch

## DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Date de naissance
Prénom	Téléphone privé
Adresse	Téléphone professionnel
NPA/Localité	E-mail
Taille cm	Poids kg
Médecin de famille (nom, adresse, tél.)	

## OPÉRATION PRÉVUE

Type d'opération ?	Date
Nom du chirurgien ?	
Disposez-vous de directives anticipées ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

## OPÉRATIONS PASSÉES

Type d'opération ?	Date
Type d'opération ?	Date
Type d'opération ?	Date
Avez-vous eu des complications dues à l'anesthésie ? Existe-t-il dans votre famille des cas de complication liées à l'anesthésie ? Si oui, lesquelles ?	

## QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

**Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un ou plusieurs de ces problèmes ?**

Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie des artères coronaires (angine de poitrine, infarctus)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie des valves cardiaques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie pulmonaire (p.ex. BPCO, asthme)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Accident vasculaire cérébral (hémorragie cérébrale, infarctus)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Troubles de la coagulation	<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 sans traitement à l'insuline	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Une anémie a-t-elle déjà été constatée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pression sanguine élevée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie du foie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie thyroïdienne ou autre maladie 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, laquelle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladies musculaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Problèmes gastriques (reflux, brûlures d'estomac)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## SANTÉ PHYSIQUE

Pouvez-vous monter deux étages d'escaliers sans vous arrêter ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous le souffle court au quotidien ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous parfois des douleurs, une sensation de pression ou un pincement à la poitrine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## QUESTIONS GÉNÉRALES

Pour femmes : êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prenez-vous des médicaments anticoagulants ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
En cas d'hémorragies potentiellement mortelles, refuseriez-vous des préparations sanguines vitales ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## REMARQUES

## MÉDICAMENTS

### Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Nom	Posologie

Un examen préopératoire chez le médecin de famille est nécessaire si au moins une case rouge, respectivement au moins deux cases bleues, ont été cochées ET/OU si le/la patient/e a plus de 65 ans ET/OU si le/la patient/e appartient à une classe de risque opératoire B ou plus.

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