



Merci de retourner le questionnaire dans les meilleurs délais.

Par courrier (enveloppe-réponse)
Hirslanden Clinique des Tilleuls
Admission des patients
Case postale
2501 Biel/Bienne

Par e-mail:
anesthesie.destilleuls@hirslanden.ch

DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Date de naissance	
Prénom	Téléphone	
Adresse	Téléphone mobile	
NPA/Localité	Adresse e-mail	
Profession	Taille (cm)	Poids (kg)
Votre médecin de famille (nom, adresse, téléphone, e-mail)?		

OPÉRATION PRÉVUE

Intervention planifiée?	Date
Chirurgien/Opérateur?	

OPÉRATIONS ANTÉRIEURES

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

ÉTAT DE SANTÉ

Prenez-vous des anticoagulants?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des maladies du sang ou des troubles de la coagulation (hémorragie après intervention dentaire, opération, menstruation)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous une anémie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

Maladies des artères coronaires (par ex., angine de poitrine, infarctus, stents)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies des valves cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AVC (hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète insulino-dépendant (pompe à insuline oui/non?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète non insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension (cocher également en cas de traitement médicamenteux efficace)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (par ex., BPCO, asthme, oxygénothérapie à domicile)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Embolie pulmonaire et/ou thrombose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes gastriques (reflux gastro-œsophagien, brûlures d'estomac, bypass gastrique, anneau gastrique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie hépatique, ancienne hépatite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trouble du métabolisme (par ex., troubles thyroïdiens, cholestérol, acide urique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Maladie neurologique (par ex., épilepsie, Parkinson, paralysies, neurostimulateur)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie musculaire sévère (par ex., myopathie, dystrophie musculaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie psychique (par ex., dépression, attaques de panique, burnout)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome d'apnée du sommeil (apportez votre appareil respiratoire à la clinique!)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergie ou intolérance (si oui, laquelle?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

CAPACITÉS PHYSIQUES

Pouvez-vous monter un étage à pied sans être essoufflé(e)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous essoufflé(e) au quotidien?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous parfois des douleurs, une sensation de pression ou une sensation d'oppression dans la poitrine?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

QUESTIONS GÉNÉRALES

Pourriez-vous être enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Recevez-vous actuellement ou avez reçu un traitement contre le cancer? Pour quel organe?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous rédigé des directives anticipées?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
En cas d'hémorragie engageant le pronostic vital, refuseriez-vous des produits sanguins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fumez-vous? Combien de cigarettes par jour: _____ Depuis combien d'années: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Buvez-vous de l'alcool? Si oui, quelle quantité par jour: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous/avez-vous pris des drogues?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des dents qui bougent ou sont défectueuses?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

REMARQUES

MÉDICAMENTS

Quels médicaments prenez-vous?

À quels moments de la journée?

Médicament	mg	Matin	Midi	Soir	Nuit

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