

**MISE À DISPOSITION DES DOCUMENTS PAR
LA CHIRURGIENNE/LE CHIRURGIEN :**

- Par e-mail à :
patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch
- Via Doc Box

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Date de naissance
Prénom	Téléphone
Adresse	Téléphone mobile
Profession	
Votre médecin de famille (nom, adresse)	

OPÉRATION PRÉVUE

Intervention planifiée?

OPÉRATIONS ANTÉRIEURES

Avez-vous déjà eu des problèmes avec l'anesthésie lors de précédentes opérations? Si oui, lesquels: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des complications lors de précédentes opérations? Si oui, lesquelles: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

ÉTAT DE SANTÉ

Taille (cm) _____ Poids (kg) _____

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

Souffrez-vous de surpoids important (IMC > 40)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles cardiaques (p.ex. angine de poitrine, infarctus, stents, insuffisances cardiaques, valvulopathie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles du rythme cardiaque (fibrillation auriculaire, port d'un stimulateur cardiaque, port d'un défibrillateur)	<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
Pouvez-vous monter deux étages à pied sans être essoufflé(e)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (p.ex. BPCO, asthme, oxygénothérapie à domicile)	<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
Embolie pulmonaire et/ou thrombose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AVC (hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies du sang ou 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
Maladie rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie hépatique, ancienne hépatite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Trouble du métabolisme (p.ex. troubles thyroïdiens, cholestérol, acide urique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes gastriques (reflux gastro-oesophagien, brûlures d'estomac, bypass gastrique, anneau gastrique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie neurologique (p.ex. épilepsie, Parkinson, paralysies, neurostimulateur)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie musculaire sévère (p.ex. myopathie, dystrophie musculaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie psychique (p.ex. dépression, attaques de panique, burnout)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
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 au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergie ou intolérance? Si oui, lesquelles: _____ (Merci de venir à la clinique avec votre carte d'allergie.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Prenez-vous plus de deux médicaments par jour?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des anticoagulants? Si oui, lesquels: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pour quelle pathologie prenez-vous également des médicaments? <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Troubles du rythme cardiaque <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Autre(s): _____		

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? Si oui, laquelle: _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

REMARQUES

À COMPLÉTER PAR LA/LE MÉDECIN TRAITANT

La patiente/le patient a besoin d'un examen pré-opératoire, à faire chez sa/son médecin de famille:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date: _____ La chirurgienne/le chirurgien: _____		

Une consultation chez la/le médecin de famille est impérative lorsque:

- au moins 1 champ rouge ou 2 champs bleus sont cochés,
- le patient est âgé de 70 ans ou plus,
- l'intervention chirurgicale appartient à la classe de risque B ou C.

Si vous avez des questions à propos du questionnaire de santé, veuillez vous adresser à:

- Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie,
T +41 41 208 33 88, e-mail: kais@hirslanden.ch