

**DOCUMENTS REMIS PAR LA CHIRURGIENNE OU LE CHIRURGIEN**

- E-mail : patientendisposition.stanna@hirslanden.ch
- Via Doc Box

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

### DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Date de naissance
Prénom	Téléphone
Adresse	Mobile
NPA/lieu	<b>Taille (en cm)</b>
Profession	<b>Poids (en kg)</b>
Votre médecin de famille (nom, localité)	

### OPÉRATION PRÉVUE

Quelle est l'opération prévue ?	Date :
---------------------------------	--------

### ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Lors de précédentes opérations, avez-vous eu des problèmes liés à l'anesthésie ? Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lors de précédentes opérations, y a-t-il eu des complications ? Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Par le passé, à la suite d'une opération rendue nécessaire par une maladie grave, vous êtes-vous déjà retrouvé-e dans un état de confusion aigu (delirium) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### ÉTAT DE SANTÉ

#### Capacités

Pouvez-vous monter deux étages à pied sans être essoufflé-e ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous de difficultés respiratoires au quotidien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ressentez-vous parfois des douleurs, une sensation de pression ou un pincement dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

#### Avez-vous été ou êtes-vous concerné-e par l'un ou plusieurs des problèmes suivants ?

Cardiopathie (p. ex. angine de poitrine, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, valvulopathies, antécédents de chirurgie cardiaque)	<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 artérielle (cocher même si celle-ci est efficacement contrôlée par un traitement médicamenteux)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (p. ex. BPCO, asthme, oxygénothérapie à domicile, embolie pulmonaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Apnée du sommeil (veuillez apporter votre appareil avec vous à la clinique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accident vasculaire cérébral (hémorragie ou infarctus cérébraux)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies du sang ou troubles de la coagulation (p. ex. thrombose, saignement suite à un traitement dentaire, une opération, des menstruations)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous d'anémie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète ou maladie métabolique (p. ex. thyroïde, cholestérol, acide urique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie hépatique ou jaunisse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes gastriques (p. ex. reflux, 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
Troubles de la mémoire, début de démence, confusion, déficience visuelle ou auditive sévère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie musculaire grave (p. ex. myopathie, dystrophie musculaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie psychique (p. ex. dépression, crises de panique, burn-out)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se peut-il que vous soyez enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous actuellement d'un cancer ? Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Refuseriez-vous des produits sanguins vitaux en cas d'hémorragie mettant votre vie en danger ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergies ou intolérances ? (merci d'apporter votre carte d'allergie à la clinique) Si oui, lesquelles : Avec quelle réaction :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Buvez-vous quotidiennement des spiritueux, du vin ou de la bière ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues ? Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### MÉDICAMENTS

Prenez-vous des anticoagulants ? Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Prenez-vous d'autres médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Si oui, lesquels ?	Quand les prenez-vous ?					
Médicament	Fabricant	Posologie	Matin	Midi	Soir	Nuit
(Si vous prenez plus de trois médicaments, veuillez joindre une liste à jour)						

### REMARQUES

Date : \_\_\_\_\_ Signature du patient/de la patiente : \_\_\_\_\_  
(Non nécessaire en cas d'envoi électronique.)

### À REMPLIR PAR LA OU LE SPÉCIALISTE

La patiente ou le patient a besoin d'un bilan préopératoire réalisé par son médecin de famille :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gestion du capital sanguin (PBM) nécessaire (anémie) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date :	Coordonnées chirurgien-ne :	



**Une clarification par le médecin de famille est absolument nécessaire dans les cas suivants :**

- au moins **1 case rouge** ou **2 cases bleues** sont cochées,
- la patiente ou le patient **a plus de 70 ans**,
- l'intervention appartient à la **classe de risque B ou C**.

**Nous contacter en cas de questions relatives à ce formulaire de santé :**

Clinique d'anesthésie, de médecine intensive et d'anesthésiologie

**Téléphone :** +41 41 208 33 88

**e-mail :** kais@hirslanden.ch