KLINIK ST. ANNA
ST. ANNA IN MEGGEN
ST. ANNA IM BAHNHOF

HIRSLANDEN

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	**Taille (en cm)**
Profession	**Poids (en kg)**
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 :	☐ Oui	☐ Non
Lors de précédentes opérations, y a-t-il eu des complications ? Si oui, lesquelles :	☐ Oui	☐ 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) ?	☐ Oui	☐ Non

ÉTAT DE SANTÉ

Capacités

Pouvez-vous monter deux étages à pied sans être essoufflé·e ?	☐ Oui	☐ Non
Souffrez-vous de difficultés respiratoires au quotidien ?	☐ Oui	☐ Non
Ressentez-vous parfois des douleurs, une sensation de pression ou un pincement dans la poitrine ?	☐ Oui	☐ 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)	☐ Oui	☐ Non
Troubles du rythme cardiaque (fibrillation auriculaire, port d'un stimulateur cardiaque, port d'un défibrillateur)	☐ Oui	☐ Non
Hypertension artérielle (cocher même si celle-ci est efficacement contrôlée par un traitement médicamenteux)	☐ Oui	☐ Non
Maladie pulmonaire (p. ex. BPCO, asthme, oxygénothérapie à domicile, embolie pulmonaire)	☐ Oui	☐ Non
Apnée du sommeil (veuillez apporter votre appareil avec vous à la clinique)	☐ Oui	☐ Non
Accident vasculaire cérébral (hémorragie ou infarctus cérébraux)	☐ Oui	☐ Non
Maladies du sang ou troubles de la coagulation (p. ex. thrombose, saignement suite à un traitement dentaire, une opération, des menstruations)	☐ Oui	☐ Non
Souffrez-vous d'anémie ?	☐ Oui	☐ Non
Maladie rénale	☐ Oui	☐ Non
Diabète ou maladie métabolique (p. ex. thyroïde, cholestérol, acide urique)	☐ Oui	☐ Non
Maladie hépatique ou jaunisse	☐ Oui	☐ Non
Problèmes gastriques (p. ex. reflux, brûlures d'estomac, bypass gastrique, anneau gastrique)	☐ Oui	☐ Non

Maladie neurologique (p. ex. épilepsie, Parkinson, paralysies, neurostimulateur)	☐ Oui	☐ Non
Troubles de la mémoire, début de démence, confusion, déficience visuelle ou auditive sévère	☐ Oui	☐ Non
Maladie musculaire grave (p. ex. myopathie, dystrophie musculaire)	☐ Oui	☐ Non
Maladie psychique (p. ex. dépression, crises de panique, burn-out)	☐ Oui	☐ Non
Se peut-il que vous soyez enceinte ?	☐ Oui	☐ Non
Souffrez-vous actuellement d'un cancer ? Si oui, lequel :	☐ Oui	☐ Non
Refuseriez-vous des produits sanguins vitaux en cas d'hémorragie mettant votre vie en danger ?	☐ Oui	☐ Non
Allergies ou intolérances ? (merci d'apporter votre carte d'allergie à la clinique) Si oui, lesquelles : Avec quelle réaction :	☐ Oui	☐ Non
Buvez-vous quotidiennement des spiritueux, du vin ou de la bière ?	☐ Oui	☐ Non
Fumez-vous ?	☐ Oui	☐ Non
Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues ? Si oui, lesquelles :	☐ Oui	☐ Non

MÉDICAMENTS

Prenez-vous des anticoagulants ? Si oui, lesquels :	☐ Oui	☐ Non
Prenez-vous d'autres médicaments ?	☐ Oui	☐ 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 :	☐ Oui	☐ Non
Gestion du capital sanguin (PBM) nécessaire (anémie) ?	☐ Oui	☐ 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

ENVOYER