

Prénom/Nom

Date de naissance



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie
und Chirurgie*

Informations et questionnaire de santé

Très cher (ère) patient (e),

Nous vous prions de bien vouloir lire et remplir complètement ce questionnaire. Ceci nous permet de pouvoir conduire votre anesthésie avec autant de sécurité, d'attention et de simultanéité que possible. De plus, nous prenons connaissance de votre état de santé en fonction de vos réponses à ce questionnaire. Si vous avez besoin d'aide pour répondre, n'hésitez pas à demander à votre infirmier (ière) ou au médecin anesthésiste.

Ce questionnaire rempli est une aide précieuse pour la consultation d'anesthésiste pré-opératoire.

Ce jour là, vous aurez l'occasion de vous entretenir avec votre anesthésiste de tout ce qui concerne votre anesthésie et si vous le souhaitez, de vous éclairer sur certains rares risques.

J'ai été informé par Dr.

Anesthésie programmée:

- Anesthésie générale
- Rachi-anesthésie et/ou Péridurale
- Anesthésie regionale

Bâle, le

Le (la) patient (e)

Questions about your medical history

1. Prenez vous régulièrement des médicaments? Si oui, lesquels ? non oui
-
2. Etes vous sous traitement médical? Pour quelles raisons ? non oui
-
3. Quelle profession exercez vous?
-
4. Avez vous déjà subi une intervention chirurgicale? (ex. amygdale, année) non oui
-
- Avez vous à cette occasion bien supporté l'anesthésie? Si non, pourquoi pas ? non oui
-
5. Souffrez vous d'une maladie cardiaque? (ex. angine de poitrine, infarctus du myocarde?) non oui
6. Souffrez vous d'une maladie vasculaire ou circulatoire ? non oui
(ex. hypertension artérielle, thrombose, embolie pulmonaire)
7. Souffrez vous d'une maladie respiratoire (ex. asthme, bronchite chronique) non oui
8. Avez vous une maladie hépatique? (ex. hépatite...) non oui
9. Souffrez vous d'une maladie rénale (ex. infection, colique néphrétique...) non oui
10. Souffrez vous d'une maladie métabolique ? (ex. diabète) non oui
11. Avez vous des problèmes d'estomac (ex. reflux, brûlures) non oui
12. Avez vous une maladie de la thyroïde? (ex. goitre) non oui
13. Souffrez vous d'une maladie des os? (ex. lésions de la colonne vertébrale, ostéoporose) non oui
14. Avez vous de troubles de la coagulation ? non oui
(ex. hémorragies, saignement du nez, de gencives)
15. Fumez vous régulièrement? Si oui, combien par jour? non oui
-
16. Avez vous des allergies? (ex. médicamenteuse, alimentaire, rhume des foins) non oui
-
17. Buvez vous de l'alcool? non oui
Si oui, combien par jour et par semaine?
18. Portez vous des lentilles de contact? ? non oui
19. Avez vous des problèmes dentaires? (prothèse...) non oui
20. Souffrez vous d'un déficit musculaire? non oui
Existe t-il des maladies musculaires chez un parent proche? non oui
21. Souffrez vous d'une maladie du système nerveux? (épilepsie, migraine) non oui
22. Avez vous déjà reçu une transfusion sanguine? Si oui, quand et pourquoi? non oui
23. Pratiquez vous régulièrement du sport? Lesquels ? non oui
-
24. Etes vous enceinte? non oui
25. Cas particuliers? (accidents, maladies non citées ci-dessus) non oui
-
26. Étiez vous chez votre médecin de famille pour les analyses pré opératoires? non oui
(analyse sanguine, électrocardiogramme)
27. Age (ans): _____ Stature (cm): _____ Poids (kg): _____