

# 32 Anesthésie

## Questionnaire de santé d'anesthésie



Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Chère patiente, cher patient,

Nous mettons tout en œuvre pour que votre anesthésie se passe dans la plus grande sérénité et la plus grande sécurité possibles. Pour cela, nous avons besoin d'informations concernant votre état de santé. Veuillez donc remplir ce formulaire en toute sincérité et si possible dans son intégralité et le ramener complété lors de votre consultation d'anesthésie.

Si certaines questions ne vous semblent pas claires, vous pourrez les clarifier directement sur place avec le médecin anesthésiste. Prenez impérativement rendez-vous avec votre médecin généraliste (idéalement au moins 1 semaine avant la consultation d'anesthésie) si:

- ✓ vous avez plus de 65 ans;
- ✓ vous avez coché au moins une case sur fond rouge (ou grisé en cas de noir et blanc);
- ✓ vous avez l'une des opérations suivantes prévue: ablation totale de la prostate, prothèse de hanche, prothèse d'épaule, prothèse de genou, remplacement d'une prothèse de hanche ou de genou.

Taille:

Poids:

Opération prévue:

Opérations et anesthésies antérieures:

Lesquelles? Quand?

Avez-vous ou l'un des membres de votre famille déjà eu des problèmes liés à une anesthésie? Si oui, lesquels?

**État de santé et capacité fonctionnelle:**

Répondez aux questions suivantes et indiquez si vous êtes ou avez été sous traitement pour l'une ou plusieurs des maladies suivantes.

<b>Cerveau/système nerveux/état mental:</b>		
Maladie neurologique (p. ex. épilepsie, Parkinson, sclérose en plaques, paralysie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies mentales (p. ex. dépression, état anxieux, schizophrénie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles de la mémoire (p. ex. démence)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral (AVC)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Poumons/voies respiratoires:</b>		
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (p. ex. BPCO, fibrose pulmonaire, oxygénothérapie à domicile)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous un masque de CPAP la nuit?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Cœur/système cardiovasculaire:</b>		
Maladie des coronaires (p. ex. angine de poitrine, stents, infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie 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 interne?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Thrombose et/ou embolie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles du débit sanguin ou dilatation des vaisseaux (anévrisme)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Capacité fonctionnelle:</b>		
Pouvez-vous monter 2 étages d'escalier en une seule fois, sans essoufflement ni sensation d'oppression?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ressentez-vous parfois une sensation d'oppression ou de serrement dans la poitrine?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

# 32 Anesthésie

## Questionnaire de santé d'anesthésie



Êtes-vous essoufflé-e dans vos activités quotidiennes?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Sang/coagulation sanguine:</b>		
Maladie du sang (p. ex. leucémie, anémie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles de la coagulation sanguine (p. ex. saignement prolongé, tendance à avoir des bleus, tendance aux thromboses)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Système digestif:</b>		
Troubles de l'estomac (p. ex. brûlures d'estomac, reflux, bypass gastrique, anneau gastrique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie chronique de l'intestin (p. ex. maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Foie:</b>		
Maladie du foie (p. ex. hépatite, cirrhose hépatique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Reins:</b>		
Troubles de la fonction rénale ou maladie rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Métabolisme:</b>		
Augmentation du cholestérol	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie de la thyroïde (p. ex. hyperthyroïdie ou hypothyroïdie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous sous corticothérapie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Organes des sens:</b>		
Trouble visuel ou auditif grave	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension intraoculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Appareil locomoteur:</b>		
Maladie de l'appareil locomoteur (p. ex. lésion de la colonne vertébrale, hernie discale, arthrite...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie musculaire/faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Divers:</b>		
Avez-vous été hospitalisé-e ailleurs qu'en Suisse au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous actuellement enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des dents fragiles, descellées ou une prothèse dentaire?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu des transfusions sanguines?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Infection virale chronique (p. ex. VIH)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous régulièrement des médicaments? (Si oui, merci de joindre la liste des médicaments.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### Dépendances:

Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes par jour?

Buvez-vous de l'alcool?  Jamais  Occasionnellement  Régulièrement

Si régulièrement, en quelle quantité?

Consommez-vous de la drogue? Si oui, laquelle?

### Allergies/intolérances médicamenteuses:

Lesquelles?

Médicaments/substances	Réaction	Quand?

### Questions, observations:

---



---



---

Date:

Signature: