

Département APSI
Service d'Anesthésiologie

CONSULTATION PREOPERATOIRE D'ANESTHESIE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Pour que votre intervention se déroule dans les meilleures conditions, il est essentiel que le médecin connaisse au mieux votre passé médical et chirurgical. Ce questionnaire n'est destiné qu'à améliorer la qualité et la sécurité de votre prise en charge. Les renseignements qu'il contient seront traités de façon confidentielle en accord avec la loi sur la protection des données.

Merci de remplir vous-même ou avec l'aide de votre médecin traitant ce document, de le signer et de le rapporter à votre prochaine consultation d'anesthésie avec les éléments de votre dossier médical en votre possession (examens de sang récents, radiographie pulmonaire, électrocardiogramme, groupe sanguin, ordonnances récentes ou autres).

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance : Taille (cm) :
Poids (kg) : Perte de poids : en mois
Taille (cm) :
Profession : Téléphone :
Adresse :
Code postal : Ville :
Votre(vos) médecin(s) traitant(s) :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Fax :

SITUATION FAMILIALE, CONDITIONS D'HABITATION

Habitez-vous seul (e) ?

Avez-vous des aides à domicile ?

Avez-vous des infirmières à domicile ?

Souhaiteriez-vous être transféré(e) dans un établissement médicalisé de convalescence après votre opération ?

Personne à prévenir ?

Lien avec vous ?

Nom :

Tél. fixe :

Portable :

HISTORIQUE MEDICAL

OUI

NON

Avez-vous déjà été opéré(e)?

Type d'intervention :

Année :

Chirurgien/Hôpital :

Avez-vous déjà été anesthésié(e)? (anesthésie générale, locorégionale vertébrale, locorégionale périphérique, locale)

Type d'anesthésie :

Année :

Y a-t-il eu des incidents ou des accidents liés à l'anesthésie?

Si oui, lesquels ?

Avez-vous présenté des nausées ou de vomissements après une anesthésie ?

Vous arrive-t-il d'avoir des nausées ou de vomir facilement ?

Souffrez-vous de la maladie des transports ?

Dans votre famille y a-t-il eu des incidents ou des accidents liés à l'anesthésie?

Si oui, lesquels ?

Avez-vous déjà été hospitalisé pour une affection non chirurgicale ?

Si oui, laquelle et quand ?

Prenez vous régulièrement des médicaments, y compris des gouttes pour les yeux ? des médicaments naturels ?

Si oui, lesquels (nom, dose et fréquence) ?

Portez-vous des prothèses ? (*soulignez ce qui convient*)

- dentaires mobiles (haut, bas) ?
- oculaires ? lentilles de contact ?
- auditives ?

Consommez-vous régulièrement ou occasionnellement?

- de l'alcool (si oui combien et à quelle fréquence) ?
- des drogues (si oui lesquelles – cannabis, ecstasy, cocaïne, héroïne - et à quelle fréquence) ?

	OUI	NON
POUR LES FEMMES :		
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, de combien de mois ?		
Prenez-vous la pilule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des enfants et combien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu des complications lors de vos grossesses ou de vos accouchements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?		

ALLERGIES

Etes-vous allergique? (<i>Si oui, précisez à quoi</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sparadrap, iode,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aspirine, pénicilline, autre antibiotique, autre médicament,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- piqûres de guêpes, latex, autre...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aliments (œufs, poissons, crustacés, kiwis, bananes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment cela s'est-il manifesté ?		
- réactions cutanées (rougeur, œdème, urticaire...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- réactions respiratoires (œdème, asthme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- réactions circulatoires (collapsus, choc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- réactions digestives (diarrhée...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous le rhume des foins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES PULMONAIRES

Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes par jour ? Depuis quand ?		
Etes-vous ancien fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quand avez-vous arrêté ? (combien d'années ?)		
Etes-vous essoufflé(e) dans votre activité quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toussez-vous ou crachez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie pulmonaire (tuberculose, bronchite chronique, emphysème, toux chronique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, soulignez ce qui convient.		
Avez-vous eu de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de la dernière crise ?		
Avez-vous été hospitalisé(e) lors d'une crise ?		
Avez-vous fait dans le passé des embolies pulmonaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Faites-vous du sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, précisez :</i>		
Pouvez-vous monter 2 étages à pied sans vous arrêter et sans être trop essoufflé (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de douleurs dans la poitrine (angine de poitrine) lors d'efforts, d'énervement, après le repas, au repos ou au froid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Avez-vous la pression artérielle trop haute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop basse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait un infarctus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quand (mois, année)?		
Devez-vous dormir la tête surélevée pour ne pas être essoufflé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de palpitations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait des malaises avec perte de connaissance (syncope) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un pacemaker, ou autre appareil pour de stimulation électrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devez-vous prendre des antibiotiques pour protéger votre cœur avant une intervention chirurgicale ou lors d'un traitement dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur(euse) d'une valve cardiaque artificielle ou avez-vous subi une réparation de valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des crampes dans les jambes en marchant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie des artères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des varices, thromboses, phlébites ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des oedèmes des jambes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIES NEUROLOGIQUES, MUSCULAIRES, DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR		
Souffrez-vous d'épilepsie, de convulsions, de vertiges, de maux de tête, d'évanouissements ou de fourmillements au bout des doigts ? <i>Soulignez ce qui convient.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un accident cérébro-vasculaire (« <i>attaque</i> ») ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert d'un lumbago, d'une sciatique, d'une hernie discale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des problèmes de colonne vertébrale (malformation, fracture, opération) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un traumatisme crânio-cérébral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie musculaire, de myasthénie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes articulaires (raideur de la nuque, douleur du rachis ou des articulations, blocage d'une articulation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIES DIGESTIVES		
Avez-vous perdu du poids involontairement ? Si oui, combien de kg : en combien de temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'hernie hiatale, de brûlures qui remontent dans le thorax lorsque vous êtes couché, d'inflammation de l'intestin? <i>Soulignez ce qui convient.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des coliques biliaires ? Des pierres dans la vésicule biliaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une pancréatite ? Une jaunisse ? Une hépatite (quel type si connu) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous remarqué une modification du transit intestinal (apparition de diarrhées, de constipation, changement de l'aspect des selles) ? (Si oui, quel changement et depuis quand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés à avaler ? Des vomissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une endoscopie (gastroscopie ou coloscopie) au cours des 5 dernières années ? (si oui, chez quel médecin et quel en a été le résultat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		

OUI **NON**

MALADIES DE LA COAGULATION DU SANG

Quel est votre groupe sanguin ?		
Avez-vous déjà reçu du sang (été transfusé) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceptez-vous une éventuelle transfusion de sang si indispensable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des anomalies de la coagulation (hémophilie...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des bleus facilement sans qu'il n'y ait un coup ou un traumatisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque vous vous blessez, saignez-vous longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignez-vous facilement lorsque vous vous brossez les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été réopéré(e) ou transfusé(e) après une opération chirurgicale (circoncision, ablation des amygdales...) ou une extraction dentaire pour des raisons d'hémorragie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous dans votre famille (parents et hommes du côté maternel) des problèmes connus de coagulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pris des médicaments contenant des anti-plaquettaires (aspirine, plavix...) ou des anti-inflammatoires dans les deux semaines précédentes ? Pouvez-vous préciser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES METABOLIQUES

Souffrez-vous de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de maladie thyroïdienne (glande thyroïde) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une autre maladie endocrinienne (problème hormonal) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE

Avez-vous déjà eu des problèmes pour uriner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de la prostate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'infections urinaires à répétition ? De colique rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie rénale (dialyse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALADIES INFECTIEUSES

Avez-vous eu durant le mois écoulé :

Soulignez ce qui convient

De la fièvre ?

Des frissons ?

Un refroidissement ?

La grippe ? Le rhume ? La sinusite ? Une bronchite ?

Etes-vous vacciné (hépatite B, hépatite A, tétanos, polio) ?

Etes-vous porteur du virus HIV ?

Etes-vous porteur du virus de l'hépatite B ? C?

OUI

NON

MALADIES FAMILIALES

Un membre de votre famille souffre-t-il d'une des maladies suivantes :

➤ Thalassémie. Drépanocytose ?

➤ Myopathie, myasthénie ?

➤ Déficit enzymatique (G6PD) ?

➤ Porphyrries ?

➤ Hyperthermie maligne ?

Votre médecin traitant vous a-t-il aidé à remplir ce questionnaire

Lieu et date : _____

signature

Questionnaire vérifié par Dr

Lieu et date : _____

signature