

Questionnaire sur l'état de santé

DONNEES DU PATIENT		
Nom, prénom :	Adresse :	Profession :
Date de naissance :	E-mail :	Téléphone :

Taille :	Poids :
----------	---------

Quelle est la nature de l'opération ?	Date de l'opération :
---------------------------------------	-----------------------

OPERATIONS PRECEDENTES		
Lesquelles ? Quand ?		
Est-ce que vous ou l'un de vos parents directs avez déjà rencontré des problèmes lors d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?		

MEDECIN TRAITANT	
Nom :	Téléphone :
Adresse :	E-mail :

CAPACITES		
Pouvez-vous monter 2 étages sans faire de pause ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous parfois une sensation de pression / de douleurs dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des difficultés à respirer au quotidien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

QUESTIONS RELATIVES A LA SANTE		
Avez-vous déjà eu ou avez-vous les maladies suivantes ?		
Cœur	Maladies des vaisseaux coronaires (infarctus du myocarde, angine de poitrine, maladie coronarienne) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Insuffisance cardiaque ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Valvulopathie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Troubles du rythme cardiaque (p. ex. fibrillation auriculaire) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Portez-vous un pace maker (PM) / défibrillateur (ICD) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TOURNEZ LA PAGE SVP



DT_SPB_6

Coagulation	Maladies du sang/troubles de la coagulation, forte tendance à saigner (p. ex. hémorragie post-opératoire, saignements fréquents du nez, règles abondantes) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Prenez-vous des anticoagulants (p. ex. Aspirin, Plavix, Marcoumar, Xarelto, Eliquis) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sang	Souffrez-vous d'anémie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Poumons	Maladies pulmonaires, p. ex. d'apnée du sommeil (SAOS), d'asthme, de bronchite chronique/BPCO ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Reins	Maladies rénales, p. ex. insuffisance rénale, défaillance rénale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	Diabète insulino-dépendant (DID) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	- Si oui : Portez-vous une pompe à insuline ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Diabète non insulino-dépendant (DNID) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Neurologie	Accident vasculaire cérébral (infarctus cérébral, hémorragie cérébrale), épilepsie, paralysies, sclérose en plaques (SEP), maladie de Parkinson ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Muscles	Maladies musculaires (p. ex. myopathie, dystrophie musculaire) vous concernant ou vos parents directs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Foie	Maladies du foie, p. ex. hépatite, cirrhose (atrophique) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Estomac	Ulcère gastrique, renvois acides, bypass gastrique/anneau gastrique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Métabolisme	Maladie thyroïdienne (hyperthyroïdie, hypothyroïdie), cholestérol élevé, hyperuricémie (goutte) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Orientation	Troubles de la mémoire, démence, confusion mentale, troubles auditifs/visuels sévères ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
État psychique	Maladies psychiatriques, p. ex. dépression, schizophrénie, troubles anxieux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pression	Pression artérielle élevée (prière de cocher « oui » même si la pression est normalisée) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Faible pression artérielle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

AUTRES			
Allergies	Avez-vous une ou plusieurs allergies, p. ex. médicaments, iode, latex, nickel ? Si oui, lesquelles ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Grossesse/ allaitement	Êtes-vous susceptible d'être enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dentition	Portez-vous une prothèse dentaire que vous pouvez enlever ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Avez-vous des dents qui bougent ou en mauvais état ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tabac	Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, combien de cigarettes par jour ? _____ Depuis combien d'années ? _____		
Alcool	Buvez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, quelle quantité par jour ? _____		
Drogues	Avez-vous pris / prenez-vous des drogues ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, lesquelles ? _____		
Directives anticipées	Avez-vous rédigé des directives anticipées en cas d'arrêt cardiaque (si oui, veuillez envoyer une copie) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Produits sanguins	Accepteriez-vous d'être transfusé en cas d'hémorragies potentiellement mortelles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Traitement cancéreux	Êtes-vous/avez-vous été traité/-e pour d'un cancer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, quel organe est/était affecté ? _____		

MEDICAMENTS (ou envoyer une liste)	<i>mg</i>	matin	midi	soir	nuit

Lieu, date :

Signature de la patiente ou du patient / représentant/-e légal/-e :
