

Enregistrement en vue d'une anesthésie, questionnaire relatif à la santé

Données concernant l'opération (à remplir par le chirurgien / l'établissement)		
Opération	Durée de l'op. min	Date de l'op.
Chirurgien		

Données concernant le débiteur (à remplir par le chirurgien / l'établissement)		
<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> SUVA / AI / AM	AI: veuillez fournir le n° d'AI et la disposition / le n° de disposition
<input type="checkbox"/> Payeur direct	<input type="checkbox"/> Forfait	SUVA: veuillez indiquer la date de l'accident

Données concernant le patient (à remplir par le patient)			
Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	Date de naissance
Rue	Localité / NPA		
Tél. travail	Tél. privé	Tél. portable	
E-mail		N° AVS	
Nom et prénom des parents si pat. mineur			
Nom et adresse du représentant légal (tuteur)			
Téléphone			
Nom et adresse du médecin de famille			
Comprenez-vous l'allemand? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non → veuillez vous faire accompagner par un(e) germanophone			
Avez-vous des directives anticipées? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui → veuillez les apporter le jour de l'opération			

Données concernant l'état de santé (à remplir par le patient, évent. avec le médecin avant l'entretien avec l'anesthésiste)	
Taille en cm	Poids en kg
Avez-vous suivi un traitement médical ces dernières semaines? Si oui, pourquoi?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà été opéré(e)? Si oui, de quoi?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Des événements particuliers se sont-ils produits lors d'une anesthésie générale ou locorégionale? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà souffert de nausées / vomissements après une anesthésie générale?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Des événements particuliers se sont-ils produits lors d'une anesthésie générale chez des membres de votre famille? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous un refroidissement?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous de la fièvre?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous d'une autre infection?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Enregistrement en vue d'une anesthésie, questionnaire relatif à la santé

Si oui, laquelle?	
Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pourriez-vous être enceinte?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Données concernant l'état de santé spécifique de certains organes (à remplir par le patient, évent. avec le médecin avant l'entretien avec l'anesthésiste)

Pouvez-vous monter 2 étages par l'escalier sans vous arrêter?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladies cardio-vasculaires: Hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coronaires? Valves cardiaques?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles du rythme cardiaque?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladie vasculaire: Varices? Thromboses?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AVC?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Poumons et voies respiratoires: Asthme ou bronchite chronique?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Apnée du sommeil? Si oui → avez-vous un appareil CPAP (ou PPC)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Foie: Hépatite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre:	
Maladie gastro-intestinale ou œsophagienne: Reflux/renvois acides?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Reins: Valeurs rénales élevées?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre:	
Métabolisme: Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Thyroïde	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladies musculaires:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Système squelettique: Maladies articulaires ou problèmes de rachis cervical	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Système nerveux: Convulsions (épilepsie)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Migraine ou dépression	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergies: <input type="checkbox"/> oui → lesquelles veuillez apporter le passeport	
Intolérances: <input type="checkbox"/> oui → lesquelles	
Portez-vous une prothèse dentaire ou avez-vous des dents qui se déchaussent?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Consommez-vous régulièrement de l'alcool ou de la nicotine?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Consommez-vous des drogues?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Remarques du patient	
.....	

Données concernant la prise de médicaments (à remplir par le patient, évent. avec le médecin avant l'entretien avec l'anesthésiste)

Prenez-vous des médicaments anticoagulants?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels?	
Prenez-vous d'autres médicaments?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels?	
.....	
.....	

Veillez prendre également en compte le formulaire de consentement éclairé

J'atteste avoir complété le présent formulaire concernant mes antécédents médicaux en toute bonne foi, de manière exhaustive et exacte. Je confirme également avoir lu et compris les brochures.

Enregistrement en vue d'une anesthésie, questionnaire relatif à la santé

Date:

Signature: