

Questionnaire relatif à la santé

Données concernant l'opération			
Opération		Date de l'op.	
Chirurgien		Durée de l'op.	
Données concernant le patient			
Nom	Prénom	masculin féminin	Date de naissance
Rue		Localité / NPA	
Tél. privé		Tél. portable	
E-mail		N° AVS	
Nom et prénom des parents si pat. mineur			
Nom et tél. du représentant légal (tuteur)			
Nom, adresse et tél. du médecin de famille			
Je comprends l'allemand (sinon, veuillez-vous faire accompagner par un interprète)			
Avez-vous des directives anticipées ? (veuillez les apporter le jour de l'opération)			
J'ai des ordres de réanimation (veuillez les apporter le jour de l'opération)			
Taille		Poids	
Allergies Intolérances			
Avez-vous suivi un traitement médical ces dernières semaines ? Si oui, pourquoi ?		OUI	NON
Avez-vous déjà été opéré(e) ? Si oui, de quoi ?		OUI	NON
Existe-t-il une infirmité congénitale ou un handicap ? Si oui, de quoi ?		OUI	NON
Des événements particuliers se sont-ils produits lors d'une anesthésie ? Si oui, lesquels ?		OUI	NON
Avez-vous déjà souffert de nausées / vomissements après une anesthésie ?		OUI	NON
Des événements particuliers se sont-ils produits lors d'une anesthésie générale chez des membres de votre famille ? Si oui, lesquels ?		OUI	NON
Avez-vous un refroidissement ou de la fièvre ?		OUI	NON
Souffrez-vous d'une autre infection ? VIH Hépatite Si oui, laquelle ?		OUI	NON
Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?		OUI	NON
Pourriez-vous être enceinte ?		OUI	NON
Pouvez-vous monter 2 étages par l'escalier sans vous arrêter ?		OUI	NON
Maladies cardio-vasculaires : Hypertension artérielle Coronaires Valves cardiaques Troubles du rythme cardiaque Autre :		OUI	NON

Questionnaire relatif à la santé

Maladie vasculaire : Varices Thromboses AVC	OUI	NON
Troubles de la coagulation	OUI	NON
Poumons et voies respiratoires : Asthme Bronchite chronique Apnée du sommeil Si oui → avez-vous un appareil CPAP (ou PPC) ? oui non	OUI	NON
Foie: Hépatite Autre :	OUI	NON
Maladie gastro-intestinale ou œsophagienne : Reflux/renvois acides Autre :	OUI	NON
Reins : Valeurs rénales élevées ? Autre :	OUI	NON
Métabolisme : Diabète insulino-dépendant Régime/médicaments Thyroïde Hyperthyroïdie Hypothyroïdie	OUI	NON
Maladies musculaires :	OUI	NON
Système squelettique : Maladies articulaires ou problèmes de rachis cervical	OUI	NON
Système nerveux : Convulsions (épilepsie) Migraine Dépression	OUI	NON
Portez-vous une prothèse dentaire ou avez-vous des dents qui se déchaussent ?	OUI	NON
Consommez-vous régulièrement de l'alcool ou de la nicotine ?	OUI	NON
Consommez-vous des drogues ?	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments anticoagulants ? Si oui, lesquels ?	OUI	NON
Prenez-vous d'autres médicaments ? Si oui, lesquels ?	OUI	NON
Remarques		

Date :

Signature : (pas nécessaire en cas d'envoi direct par e-mail)

Veuillez prendre également en compte le formulaire de consentement éclairé

<https://narkose.ch/fr/brochure-information/>.

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.

Veuillez nous envoyer ce formulaire

- Par e-mail : Info-winterthur@narkose.ch (adresse protégée par HIN)
- Par courrier à : Einsatzplanung narkose.ch, Riedhofstr. 67, 8408 Winterthur

