

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE

À remplir vous-même ou avec l'aide de votre médecin traitant.

Lorsque vous répondez « oui » à une question qui mentionne plusieurs situations, merci d'entourer celle(s) qui vous concerne.

Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Profession: _____

Poids: _____ Taille: _____

1. OPÉRATIONS PRÉCÉDENTES ET GENRE D'ANESTHÉSIE:

A= anesthésie générale, B=anesthésie épidurale ou rachidienne, C = anesthésie locale (veuillez cocher):

1) _____ A B C année: _____ Clinique/Hôpital: _____

2) _____ A B C année: _____ Clinique/Hôpital: _____

3) _____ A B C année: _____ Clinique/Hôpital: _____

4) _____ A B C année: _____ Clinique/Hôpital: _____

a. Y a-t-il eu des incidents lors de l'anesthésie? Oui Non Ne sait pas

(nausées, vomissements, difficultés de réveil, autres...)? _____

Si oui, lors de quel type d'anesthésie:

A B C

b. Y a-t-il eu des incidents d'anesthésie chez une personne de votre famille? Oui Non Ne sait pas

c. Avez-vous déjà été transfusé(e)? Oui Non Ne sait pas

2. CŒUR ET VAISSEAUX:

a. Avez-vous et/ou avez-vous eu des problèmes cardiaques? Oui Non

b. Pouvez-vous monter deux étages à pied sans être essoufflé(e)? Oui Non

c. Avez-vous des douleurs dans la poitrine? Oui Non

d. Avez-vous des palpitations, un cœur trop rapide et/ou irrégulier? Oui Non

e. Avez-vous «un souffle au cœur»? Oui Non

f. Avez-vous de l'hypertension? Êtes-vous traité(e) pour cela? Oui Non

g. Avez-vous déjà perdu connaissance brutalement? Oui Non

h. Avez-vous des varices? Oui Non

i. Avez-vous fait une thrombo-phlébite? Une embolie pulmonaire? Oui Non

j. Avez-vous un pacemaker? Un défibrillateur? Oui Non

3. POUMONS:

a. Avez-vous et/ou avez-vous eu une maladie respiratoire? Oui Non

b. Avez-vous et/ou avez-vous eu de l'asthme? Oui Non

c. Toussez-vous, crachez-vous tous les jours? Oui Non

d. Présentez-vous un syndrome d'apnée du sommeil? Appareillé? Oui Non

e. Avez-vous besoin d'oxygène à domicile? Oui Non

4. NERFS, MUSCLES, OS ET SQUELETTE:

- a. Avez-vous eu des convulsions? De l'épilepsie? Oui Non
- b. Avez-vous eu une attaque cérébrale? Un coma? Un traumatisme crânien? Oui Non
Une paralysie? Une hémiplégie? Une paraplégie?
- c. Avez-vous des migraines (maux de tête) graves? Oui Non
- d. Avez-vous une maladie des muscles (myopathie, myasthénie)? Oui Non
- e. Souffrez-vous de la colonne vertébrale (malformation, fracture, hernie discale)? Oui Non
Si oui, précisez _____
- f. Avez-vous souffert d'une dépression? Anxiété importante? Oui Non
- g. Souffrez-vous d'une maladie rare? Oui Non
Si oui, précisez _____

5. APPAREIL DIGESTIF:

- a. Avez-vous une hernie hiatale? Un ulcère? Des brûlures d'estomac? Oui Non
- b. Avez-vous eu une jaunisse? Une hépatite? Oui Non
- c. Souffrez-vous de la vésicule biliaire? Du foie? Oui Non

6. APPAREIL URINAIRE:

- a. Souffrez-vous d'infections urinaires? De coliques néphrétiques? Oui Non
- b. Avez-vous des difficultés pour uriner et/ou urinez-vous plusieurs fois par nuit? Oui Non
- c. Avez-vous une maladie des reins? Une insuffisance rénale? Oui Non

7. SANG ET COAGULATION:

- a. Avez-vous maladie du sang (thalassémie, drépanocytose, hémophilie)? Oui Non
- b. Vous-même ou quelqu'un de votre famille a-t-il saigné beaucoup et/ou trop longtemps lors d'une plaie, de soins dentaires ou d'une opération? Oui Non
- c. Faites-vous fréquemment des bleus (hématomes)? Oui Non
- d. Saignez-vous facilement du nez ou en vous brossant les dents? Oui Non

8. MALADIE MÉTABOLIQUE:

- a. Avez-vous des problèmes de thyroïde ou un goître? Oui Non
- b. Avez-vous du cholestérol? De la goutte? Oui Non
- c. Avez-vous du diabète? Oui Non

Si oui, précisez avec ou sans insuline: _____

9. ALLERGIES:

- a. Avez-vous de l'eczéma? De l'urticaire? Du rhume des foins? Oui Non
- b. Avez-vous des allergies à certains aliments? Oui Non

Si oui, lesquelles: _____

- c. Avez-vous fait un œdème de Quincke (gonflement du visage et de la gorge)? Oui Non
- d. Êtes-vous allergique: aux produits iodés (radiologiques, désinfectant)? Oui Non
au latex? Oui Non
à la pénicilline? Oui Non
à d'autres antibiotiques? Oui Non
à l'aspirine? Oui Non
- e. Êtes-vous allergique à d'autres médicaments? Oui Non

Si oui lesquels? _____

10. QUESTIONS DIVERSES:

- a. Êtes-vous enceinte? Oui Non
- b. Fumez-vous? Oui Non
Si oui combien par jour? _____

Depuis combien d'année? _____
- c. Buvez-vous de l'alcool? Oui Non
Si oui combien de verres par jour? _____

Combien de verres de bière? _____

Combien de verres de vin? _____

Combien de verres d'alcool fort? _____
- d. Consommez-vous de la drogue (haschisch, ecstasy, cocaïne, héroïne, autre)? Oui Non
- e. Avez-vous une sérologie positive au HIV? à l'Hépatite B ou C? Oui Non
- f. Portez-vous des prothèses
dentaires? (appareil supérieur, appareil inférieur, dent(s) sur pivot) Oui Non
oculaires? (lunettes, lentilles) Oui Non
auditives? Oui Non
- g. Avez-vous des dents abîmées? Oui Non
- h. Avez-vous un glaucome? Oui Non
Si oui de quel côté? _____
- i. Avez-vous eu ce dernier mois de la fièvre? Des frissons? La grippe? Le rhume? Oui Non
- j. Voulez-vous indiquer d'autres informations: _____
- k. Acceptez-vous une transfusion en cas d'absolue nécessité? Oui Non
- l. Avez-vous des directives anticipées? Oui Non
Si oui, merci de transmettre une copie.

11. MÉDICAMENTS:

- a. Prenez-vous habituellement de l'Aspirine? Du Plavix? Oui Non
- b. Prenez-vous actuellement un médicament anticoagulant Oui Non
(Sintrom, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, autres)?
- c. L'arrêt de votre anticoagulant et son éventuel relais ont-ils été programmés? Oui Non
- d. Nom et doses des médicaments actuels:
Joindre si possible une copie de l'ordonnance:

Nom du médicament	Dosage	M	M	S	N	Nom du médicament	Dosage	M	M	S	N
Exemple: Dafalgan	1g	1	0	1	0						

Qui peut-on contacter en cas de nécessité ?

Nom : _____

Tél. : _____

Pourrez-vous bénéficier d'une aide de votre entourage lors de votre retour à domicile? Oui Non

Précisez _____

Nom de votre médecin traitant/N° de téléphone _____

Autre médecin/N° de téléphone _____

Date: _____ Signature: _____

Si vous avez complété ce questionnaire avec votre médecin traitant:

Date: _____ Signature et timbre du médecin: _____

INFORMATION POUR L'ANESTHÉSIE

A signer avant la consultation d'anesthésie et à envoyer au secrétariat d'anesthésie (par Fax 022 702 26 33, email reservation.lacolline@hirslanden.ch ou courrier postal Av. de Beau-Séjour 6 - 1206 - Genève) avec votre questionnaire complété.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____ déclare avoir lu et **compris** le document d'information joint.

Genève, le _____ Signature: _____

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(À remplir après l'entretien avec votre anesthésiste)

Date de l'intervention : _____

Intervention (non détaillée) : _____

Type d'anesthésie proposé : _____

Je soussigné(e), _____ (nom, prénom en lettre majuscules) déclare, après réflexion et lecture attentive des documents d'informations reçus préalablement et après les informations et explications reçues lors de cet entretien, accepter le type d'anesthésie proposé.

Remarques spécifiques : _____

Je certifie que j'ai pu poser toutes mes questions et que le médecin anesthésiste a répondu pleinement à ces dernières.

Facturation : J'autorise mon médecin-anesthésiste à déléguer le traitement de mes factures et autorise leur transfert électronique au centre de confiance statistique de l'AMGe (Association des Médecins de Genève). J'autorise également mon médecin à procéder au recouvrement de mes factures par tout moyen utile et toute voie de droit, et le délègue du secret professionnel à cet égard.

Documentation fournie : _____

- Brochure « Informations pour l'anesthésie »
- Accès au site internet

Genève, le _____

Signature du patient : _____

Ou Signature du représentant légal* : _____

Signature du médecin anesthésiste : _____

*La signature du patient doit être obtenue, sauf en cas d'urgence ou en cas d'incapacité de discernement.