

# CE DOCUMENT DOIT ABSOLUMENT ÊTRE REMPLI AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

## Questionnaire Pré-opératoire

### Adulte

*Vignette d'identification patient*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date et heure d'entrée : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ H \_\_\_

Type d'hospitalisation :  Hospi. classique  ClIJ

Catégorie de chambre :  SC  
 CP  
 CP (raison médicale)  
 CP (membre personnel)

Durée de séjour prévue : \_\_\_ nuit(s)

Date de l'intervention : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Heure de l'intervention : \_\_\_ H \_\_\_

Libellé(s) d'intervention : \_\_\_\_\_

Côté :  gauche  droit

Durée de l'intervention : \_\_\_ min

Prévoir BAS TED  Oui  Non

Avis cardio  Oui  Non  Extramuros

Avis pneumo  Oui  Non  Extramuros

Contrôle dextro  Oui  Non

Commande de sang  Oui \_\_\_\_\_ unités

Autre \_\_\_\_\_

Date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cachet + signature  
chirurgien

## RECOMMANDATIONS PRE-OPERATOIRES POUR LE PATIENT

### A) Le traitement médicamenteux habituel peut être continué jusqu'au JOUR de l'intervention inclus

SAUF \_\_\_\_\_ STOP le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ STOP le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ STOP le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ STOP le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

### B) Traitement à prendre LE JOUR de l'intervention

\_\_\_\_\_ à -- H --  
\_\_\_\_\_ à -- H --

### C) Heure d'admission

1. CL1J : l'heure d'admission vous sera communiquée lors de votre appel téléphonique la veille, jour ouvrable, de l'intervention entre 14h et 17h (081/720.518)(cf. recommandations CL1J)
2. Hospitalisation : votre chirurgien vous aura peut-être indiqué votre heure d'admission. En cas de changement, vous serez contacté par son secrétariat au plus tard la veille de votre intervention. Si l'heure d'admission ne vous a pas été communiquée lors de la consultation, elle vous sera transmise au plus tard la veille de l'intervention.

### D) Jeûne

A jeun à partir de 00h00 pour tout ce qui est aliment solide et lait.  
A jeun à partir de 3h00 avant l'intervention pour eau, boisson sucrée sans pulpe, sans lait et non pétillante.

## RECOMMANDATIONS PRE-OPERATOIRES POUR L'INFIRMIERE ;

### Prémédication per os

O Sedistress 200 mg \_\_\_ Co    O Dormicum \_\_\_ mg    O Celebrex \_\_\_ mg  
O Loramet \_\_\_ mg    O Xanax \_\_\_ mg    O Losec 20 mg \_\_\_  
O Aerosol Duovent    O Lyrica 75/150 mg \_\_\_    O Zantac 150 mg \_\_\_  
O Catapressan 150 mcg \_\_\_ Co  
(si TA > 12/06 et FC 60 bpm)  
mmhg  
O Vérification de la glycémie

Perfusion glucose \_\_ % \_\_\_ L/24H

Glycémie	150-200	200-250	250-300	>300
Actrapid (u)				Avis

Date \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_  
Cachet + signature  
anesthésiste

Vous allez bientôt bénéficier d'une anesthésie. Quelle que soit l'intervention médicale, les effets de l'anesthésie et les risques qui y sont liés dépendent des données de chaque individu et notamment, de la nature et de la gravité de l'affection, des éventuelles affections actuelles et antérieures et de l'état général, de l'âge ou encore des conditions de vie. Le questionnaire ci-dessous veut dégager les risques possibles et vous assurer ainsi une sécurité maximale. Si nous vous posons autant de questions, c'est pour prévenir même les risques rares et relativement minimes. N'hésitez pas à vous adresser à votre médecin traitant si vous avez besoin d'aide pour répondre aux questions.

**Si vous êtes en possession d'examens récents : prise de sang, avis cardio, avis pneumo, hémato, ... Merci de bien vouloir venir avec ceux-ci, le jour de votre rendez-vous avec l'anesthésiste.**

*Vignette d'identification patient*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_ cm Poids \_\_\_\_ kg

Age : \_\_\_\_ ans

Profession : \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

1• Avez-vous des allergies ?  non  oui

- |                 |                              |                              |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Si oui : Banane | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Kiwi            | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Noix, noisettes | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Antibiotique    | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Curare          | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Iode            | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Rhume des foins | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Latex           | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |

Autres : \_\_\_\_\_

## PARCOURS CHIRURGICAL

2• Avez-vous subi des opérations ? Si oui lesquelles ?  non  oui

Intervention	Année	Anesthésie générale	Anesthésie partielle
1* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12* _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3● Y a-t'il eu des complications suite aux chirurgies ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Si oui, lesquelles ?	N° intervention*	
-----	---	
-----	---	
-----	---	

4● Y a-t'il eu des effets secondaires ou complications suite aux anesthésies ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Si oui, lesquels ?	N° intervention*	
-----	---	
-----	---	

5● Un membre de votre famille a-t'il eu des problèmes lors d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Si oui, lesquels	-----	

6● Lors d'une intervention, présentez-vous généralement des nausées, vomissements ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
---	------------------------------	------------------------------

7● Présentez-vous des nausées lors d'un voyage en voiture ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
---	------------------------------	------------------------------

## PARCOURS MEDICAL

8● Quelle est votre tension artérielle habituelle ?	___ / ___	
---	-----------	--

9● Hypotension artérielle	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
---------------------------	------------------------------	------------------------------

10● Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
-----------------------------	------------------------------	------------------------------

11● Spasmophilie et/ou syncope vagale	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
---------------------------------------	------------------------------	------------------------------

12● Accident vasculaire cérébral (AVC) Si oui : séquelles ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	-----	

13● Angine de poitrine (Angor)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
--------------------------------	------------------------------	------------------------------

14● Présence de stents	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
------------------------	------------------------------	------------------------------

15● Troubles du rythme (extrasystoles, fibrillation)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
--	------------------------------	------------------------------

16● Décompensation cardiaque (œdème du poumon)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
--	------------------------------	------------------------------

17● Bronchite chronique, emphysème	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
------------------------------------	------------------------------	------------------------------

18● Asthme	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
------------	------------------------------	------------------------------

19● Apnée du sommeil :		
A-t'on diagnostiqué chez vous une apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Avez vous une cpap ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Ronflez-vous très bruyant (être entendu portes closes) ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Fatigue très importante la journée (→ endormissement)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Vous a-t'on déjà entendu arrêter de respirer durant votre sommeil ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

20● Cochez le choix qui vous représente le mieux		NYHA
A Vous ne présentez pas d'essoufflement même lors d'efforts importants	A <input type="checkbox"/>	Stade 1
B Vous présentez un essoufflement uniquement lors d'efforts importants (marche rapide ou en côte, montée de plus de 2 étages d'escaliers)	B <input type="checkbox"/>	Stade 2
C Vous présentez un essoufflement pour des efforts peu intenses (marche en terrain plat, montée de moins de 2 étages d'escaliers)	C <input type="checkbox"/>	Stade 3
D Vous présentez un essoufflement au repos	D <input type="checkbox"/>	Stade 4

21● Notez l'activité physique la plus importante que vous réalisez.		MET
A Se déplacer à la maison	A <input type="checkbox"/>	2
B Prendre soin de soi (toilette, s'habiller), activité ménagère légère	B <input type="checkbox"/>	3
C Balayer, pousser un chariot d'épicerie	C <input type="checkbox"/>	3,5
D Jardinage	D <input type="checkbox"/>	4,5
E Monter une volée d'escaliers ou ballade en vélo	E <input type="checkbox"/>	5,5
F Course à pied	F <input type="checkbox"/>	7
G Travail lourd : déménagement	G <input type="checkbox"/>	8

22● Ulcère gastrique ou duodéal	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
---------------------------------	------------------------------	------------------------------

23● Hernie hiatale – Avez-vous le brûlant régulièrement ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
---	------------------------------	------------------------------

24● Hépatite ou cirrhose	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
--------------------------	------------------------------	------------------------------

25●	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
26●	Dialyse	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
27●	Diabète	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
28●	Glaucome	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
29●	Epilepsie	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
30●	Dépression	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
31●	Myasthénie - sclérose en plaque	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
32●	Migraine	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
33●	Hernie discale ou mal de dos	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
34●	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
35●	Pathologie thyroïde : hypothyroïdie hyperthyroïdie goitre	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui
36●	Avez-vous fait une phlébite?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
37●	Avez-vous fait une embolie pulmonaire ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
38●	Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
39●	Souffrez-vous d'une pathologie infectieuse ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	Si oui : HIV (Sida)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	Hépatite B	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	Hépatite C	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	Tuberculose	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	Staphylocoque doré multi-résistant (MRSA)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
40●	Autres _____		

## COAGULATION

41●	Avez-vous une maladie de la coagulation ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
42●	Connaissez-vous des antécédents hémorragiques dans votre famille ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
43●	Présentez-vous des saignements ou gros hématome > ou = à 1 – 2 fois/sem ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
44●	Avez-vous déjà présenté des hématomes ou des saignements , au niveau du torse, ou de localisation inhabituelle, sans traumatisme ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
45●	Présentez-vous des saignements prolongés pour des plaies mineures (ex. : rasoirs) ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
46●	Avez-vous déjà présenté des saignements importants après chirurgie des amygdales, de l'appendice ou après un accouchement ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
47●	Avez-vous présenté des saignements anormaux après extraction dentaire ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
48●	Avez-vous déjà dû recevoir une transfusion après une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
49●	Avez-vous présenté un saignement de nez qui a nécessité une consultation médicale et/ou un tamponnement ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
50●	Prenez-vous actuellement de l'Aspirine, du Plavix, du Sintrom, des anti-inflammatoires, des injections contre les phlébites ? Ou tout autre médicament « pour fluidifier le sang » ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
51●	Pour les femmes : Avez-vous des règles de plus de 7 jours, ou pour lesquelles vous avez utilisé plus de 7 protections par jour, ou devez-vous changer de protection la nuit pendant vos règles ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

## DIVERS

52●	Avez-vous des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
53●	Avez-vous des dents qui bougent ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
54●	Avez-vous des piercings ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
55●	Fumez-vous ? Si oui : __ cigarettes par jour et depuis __ année(s)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
56●	Consommez-vous plus de deux verres d'alcool par jour ? Si oui : __ __ verres jour	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
57●	Consommez-vous de la drogue ? Si oui, laquelle _____	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

