

QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIE

(À COMPLÉTER PAR LE PATIENT, LE CAS ÉCHÉANT, AVEC L'AIDE DU MÉDECIN DE FAMILLE)

Vous êtes convenu avec votre médecin traitant d'effectuer une intervention, une procédure ou un examen sous anesthésie (sédation, anesthésie générale ou régionale, ou une combinaison de ces techniques). Il vous a également parlé des avantages et inconvénients de l'anesthésie proposée, ainsi que des alternatives. Les questionnaires ci-après permettent d'évaluer votre santé avant l'intervention, la procédure ou l'examen. Ils permettront également au médecin d'identifier les examens supplémentaires nécessaires en vue d'adapter l'anesthésie à votre état de santé.

Ci-dessous, vous trouverez deux questionnaires.

1. Un bref questionnaire pour déterminer si un contrôle préopératoire mené par l'anesthésiste est nécessaire. Ce questionnaire ne s'applique pas aux procédures effectuées sous sédation uniquement !
2. Un questionnaire plus élaboré permettant d'évaluer le risque médical de l'anesthésie et de l'intervention.

Il est important que vous complétiez clairement

(En cas de sédation : uniquement)

I. Questionnaire préopératoire - examen préopératoire par l'anesthésiste (n/a à la sédation)

Vous trouverez ci-dessous un bref questionnaire reprenant quelques questions simples sur l'état général de votre santé. Veuillez répondre sincèrement par « oui » ou par « non ».


Vous essoufflez-vous facilement au moindre effort ?	oui	non
Ressentez-vous des douleurs ou une oppression thoraciques à l'effort ?	oui	non
Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque - avez-vous subi l'implantation d'un pacemaker, ou d'un stent coronaire - avez-vous subi un pontage coronarien ?	oui	non
Souffrez-vous de diabète insulino-dépendant ?	oui	non
Souffrez-vous d'autres maladies, outre celle qui fait l'objet de la présente opération, qui handicapent fortement votre quotidien ?	oui	non

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs questions, l'anesthésiste doit vous rendre visite avant l'opération (c'est-à-dire, avant de partir au bloc opératoire).


Le cas échéant, deux possibilités existent:

- L'infirmier qui vous accompagne lors de votre hospitalisation demandera à l'anesthésiste ou à l'infirmier anesthésiste de venir vous rendre visite dans votre chambre.
- Vous consultez un anesthésiste à l'avance sur le campus où est prévue votre hospitalisation.

Campus Deurne

 +32 3/320.60.60 – joignable pendant les heures de bureau sur rendez-vous uniquement

Campus Anvers

 +32 3/240.22.78 – joignable pendant les heures de bureau sur rendez-vous uniquement

II. Questionnaire préopératoire - évaluation du risque médical

Le questionnaire suivant permettra d'évaluer le risque médical de l'anesthésie et de l'intervention. Si vous consultez un anesthésiste avant l'intervention, veuillez à emporter ce questionnaire complété.

Nom : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Âge : ans
 Téléphone : E-mail :
 Personne de contact : Téléphone :
 Intervention : gauche droit(e) n/a
 Chirurgien : Date de l'opération :/...../..... Heure :
 Groupe sanguin : Poids : kg Taille : cm
Veuillez emporter votre carte de groupe sanguin.

Répondez correctement aux questions en encerclant « oui » ou « non », en cochant les cases et en décrivant, sur les lignes pointillées, la nature de la maladie ou de l'opération/affection.

1. Statut social

Vivez-vous seul ?	oui	non
-------------------	-----	-----

2. Maladies cardiovasculaires

Avez-vous déjà subi un traitement ou suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ? Si oui, indiquez laquelle ci-dessous.	oui	non
<input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> infarctus <input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> pontage <input type="checkbox"/> stents coronaires <input type="checkbox"/> rétrécissement mitral ou insuffisance mitrale <input type="checkbox"/> rétrécissement aortique ou insuffisance aortique <input type="checkbox"/> autre valvulopathie :		
Prenez-vous des médicaments pour le cœur ? <i>Si oui, indiquez les médicaments sur l'aperçu des médicaments</i>	oui	non
Vous essoufflez-vous facilement <input type="checkbox"/> au repos <input type="checkbox"/> au moindre effort ?	oui	non
Ressentez-vous parfois une oppression thoracique <input type="checkbox"/> au repos <input type="checkbox"/> en cas d'effort ?	oui	non
Avez-vous parfois les pieds ou les jambes gonflés ? Si oui, quand ?	oui	non
Avez-vous déjà subi un traitement ou suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie vasculaire ?	oui	non
Avez-vous des varices ?	oui	non
Avez-vous déjà souffert d'une phlébite ?	oui	non
Avez-vous des problèmes de tension artérielle ? Si oui : <input type="checkbox"/> hypertension <input type="checkbox"/> hypotension	oui	non
Prenez-vous des médicaments pour votre tension artérielle ? <i>Si oui, indiquez les médicaments sur l'aperçu des médicaments</i>	oui	non

Avez-vous déjà souffert d'une maladie pulmonaire ou respiratoire chronique ? Si oui, indiquez laquelle ci-dessous	oui	non
---	-----	-----

Avez-vous déjà souffert d'une maladie pulmonaire grave ? Si oui, indiquez laquelle ci-dessous.	oui	non
<input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> pneumonie <input type="checkbox"/> autre :		
Souffrez-vous <input type="checkbox"/> d'asthme <input type="checkbox"/> d'une rhinite allergique <input type="checkbox"/> d'une bronchite chronique <input type="checkbox"/> de BPCO ?		
<i>Si vous prenez des médicaments pour l'une de ces affections, veuillez les indiquer sur l'aperçu des médicaments</i>	oui	non
Souffrez-vous actuellement d'un rhume ou d'une grippe ?	oui	non

4. Maladies endocriniennes

Souffrez-vous de diabète ? Si oui, indiquez le type ci-dessous.	oui	non
<input type="checkbox"/> diabète juvénile <input type="checkbox"/> diabète de type 2		
Souffrez-vous d'une maladie thyroïdienne ? Si oui, indiquez laquelle ci-dessous.	oui	non
<input type="checkbox"/> hypothyroïdie <input type="checkbox"/> hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> autre :		

5. Maladies de l'appareil digestif et du foie

Avez-vous déjà souffert d'ictère ou d'une autre affection du foie ? Si oui, indiquez laquelle ci-dessous.	oui	non
<input type="checkbox"/> hépatite A <input type="checkbox"/> hépatite B <input type="checkbox"/> hépatite C <input type="checkbox"/> autre :		
Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie de l'estomac ? Si oui, indiquez laquelle ci-dessous.	oui	non
<input type="checkbox"/> ulcère gastro-duodéal <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac <input type="checkbox"/> reflux gastro-œsophagien		
Souffrez-vous facilement <input type="checkbox"/> de nausées <input type="checkbox"/> de vomissements <input type="checkbox"/> du mal des transports ?	oui	non

6. Maladies rénales et urinaires

Souffrez-vous d'une maladie rénale ? Si oui, indiquez laquelle ci-dessous.	oui	non
<input type="checkbox"/> insuffisance rénale <input type="checkbox"/> calculs rénaux <input type="checkbox"/> infection rénale		

7. Maladie oculaires

Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie oculaire ? Si oui, laquelle :	oui	non
--	-----	-----

8. Maladies du système nerveux

Souffrez-vous d'une forme de démence ?	oui	non
Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie nerveuse ? Si oui, indiquez laquelle ci-dessous.	oui	non
<input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> autre :		
Suivez-vous actuellement un traitement pour <input type="checkbox"/> une dépression <input type="checkbox"/> l'agressivité <input type="checkbox"/> des troubles de la concentration ?	oui	non
Avez-vous déjà fait une hémorragie ou une thrombose cérébrale (AVC/attaque cérébrale) ?	oui	non
Si oui, et si vous en souffrez des conséquences, indiquez-les ci-dessous.		
<input type="checkbox"/> troubles de la parole <input type="checkbox"/> paralysie <input type="checkbox"/> autre :		

9. Appareil locomoteur

Avez-vous déjà reçu un traitement pour le rhumatisme ou l'arthrose ?	oui	non
Avez-vous déjà reçu un traitement pour des problèmes de dos ou de cou ? Si oui, lesquels :	oui	non
Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?		
« Non » si vous parvenez à positionner deux doigts superposés entre les dents supérieures et inférieures	oui	non

10. Habitudes

Fumez-vous ? Si oui, en quelle quantité ? par jour	oui	non
Avez-vous fumé, mais avez-vous arrêté ? Si oui, depuis combien de temps avez-vous arrêté ? Arrêté depuis années	oui	non
Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, en quelle mesure ? verres par semaine	oui	non
Utilisez-vous régulièrement des drogues ou d'autres stimulants ?	oui	non
Si oui, lesquels ? À quelle fréquence ?		

11. Équipements d'aide - Avez-vous ou portez-vous ...

un dentier ?	oui	non
des dents artificielles/prothèses dentaires ?	oui	non
un déchaussement dentaire ?	oui	non
des lentilles ?	oui	non
une prothèse auditive ?	oui	non
de faux ongles ?	oui	non
des piercings ?	oui	non
un pacemaker/un DAI/un stimulateur ?	oui	non

12. Affections héréditaires

Avez-vous des parents consanguins souffrant de maladies ou affections congénitales ou héréditaires ?	oui	non
Si oui, lesquelles :		

13. Danger d'infection

Souffrez-vous d'une maladie contagieuse ?	oui	non
Si oui, laquelle :		

14. Coagulation sanguine Continuez-vous à saigner pendant une période prolongée après une avulsion dentaire ou après vous être blessé(e) ?

	oui	non
--	-----	-----

Prenez-vous des anticoagulants ? <i>Si oui, indiquez les médicaments sur l'aperçu et discutez-en avec votre médecin de famille, votre médecin traitant ou votre anesthésiste</i>	oui	non
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ?	oui	non
Votre corps a-t-il déjà réagi à une transfusion sanguine (réaction transfusionnelle) ?	oui	non

15. Allergies

Êtes-vous allergique à certaines substances ? Si oui, indiquez lesquelles ci-dessous :	oui	non
<input type="checkbox"/> latex Si oui, réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> caoutchouc Si oui, réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> sparadraps Si oui, réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> produits de contraste Si oui, lesquels : Si oui, réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> désinfectants Si oui, lesquels : Si oui, réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> substances narcotiques (dentiste) Si oui, lesquelles : Si oui, réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> médicaments Si oui, lesquels : Réaction : Si oui, laquelle : Réaction : Si oui, laquelle : Réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> produits alimentaires/colorants Si oui, lesquels : Réaction : Si oui, laquelle : Réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> plantes/pollens/arbres Si oui, lesquels : Réaction : Si oui, laquelle : Réaction :	oui	non
<input type="checkbox"/> autre Si oui, laquelle : Réaction :	oui	non

16. Opérations antérieures

Avez-vous déjà été opéré(e) dans le passé ? Si oui, quand et quelles interventions ?	oui	non
Année : Intervention :		
Année : Intervention :		
Année : Intervention :		
Année : Intervention :		
L'anesthésie s'est-elle alors avérée problématique ?	oui	non
Si oui, décrivez votre réaction.		

17. Pour les patientes uniquement

Êtes-vous enceinte ou pourriez-vous être enceinte ? oui non

Allaitiez-vous votre enfant ? oui non

Avez-vous encore des remarques/ajouts/questions ?

.....

.....

.....

.....

.....
