

Questionnaire de santé

Adultes et adolescents à partir de 16 ans

Veuillez remplir aussi précisément et complètement que possible !

Données personnelles

Nom :		Sexe :	
Prénom :		<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> autre	
Rue :		Code postal: Lieu de résidence :	
Téléphone privé :		Téléphone professionnel :	
Portable :		Adresse e-mail :	
Date de naissance :		Taille cm	Poids kg
Qui est le médecin de famille (nom, adresse, numéro de téléphone)			
Qui doit être informé en cas d'urgence (nom, numéro de téléphone)			

Opération prévue / traitement prévu

Quelle est l'opération ?	Date :
Qui va opérer/soigner votre enfant ?	

Opérations antérieures aucune

Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand ?
Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand ?
Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand ?
Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand ?

Anesthésies antérieures aucune

Quelles méthodes d'anesthésie avez-vous déjà utilisées ? <input type="checkbox"/> Anesthésie complète <input type="checkbox"/> Anesthésie partielle			
Y a-t-il eu des problèmes / complications ? Si oui, lesquels ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Nausées / vomissements	<input type="checkbox"/> Froid / frissons	<input type="checkbox"/> Vertiges prolongés	<input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Problèmes auditifs	<input type="checkbox"/> Troubles sensoriels	<input type="checkbox"/> Paralysie
Y a-t-il eu des incidents liés à une anesthésie dans votre famille ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?			

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une ou plusieurs des maladies suivantes ?

Maladie des artères coronaires (angine de poitrine, infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Arythmie cardiaque (pouls irrégulier, fibrillation auriculaire, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie des valves cardiaques ou de l'artère principale (aorte)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (embolie pulmonaire, asthme, bronchite, emphysème)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accident vasculaire cérébral, « AVC » (hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trouble de la coagulation (thrombose, ecchymoses, tendance accrue aux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles gastro-intestinaux (régurgitations acides, brûlures d'estomac)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous subi une opération de perte de poids ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète (diabetes mellitus) Si oui : <input type="checkbox"/> avec insuline <input type="checkbox"/> sans insuline	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie du sang (anémie, leucémie, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pression artérielle élevée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie du foie (« jaunisse » (hépatite), cirrhose du foie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles de la thyroïde et autres troubles métaboliques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trouble neurologique (migraine, épilepsie, sclérose en plaques, maladie de	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Affection du système musculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles oculaires (cataracte, glaucome, différence pupillaire)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles de l'humeur (dépression, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allergies <input type="checkbox"/> Oui, lesquelles ?		<input type="checkbox"/> Non

Performances

Pouvez-vous monter deux étages d'escaliers sans avoir besoin de respirer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous d'essoufflement au quotidien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous parfois une sensation de pression ou de pincement dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Questions générales de santé

Pour les femmes : êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des médicaments « anticoagulants » ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Habitudes de vie

Fumez-vous régulièrement ?	<input type="checkbox"/> Oui, combien de cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/> Non
Buvez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> Oui, combien de verres par jour ?	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous ou avez-vous pris de la drogue ?	<input type="checkbox"/> Oui, quelles drogues ?	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous des prothèses dentaires (dents à pivot, bridges, prothèses) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des dents lâches ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portez-vous des piercings ?	<input type="checkbox"/> Oui, où ?	<input type="checkbox"/> Non

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Oui Non

Lesquels ?	Lesquels ?
Lesquels ?	Lesquels ?

Si c'est le cas, veuillez joindre une liste détaillée.