

Questionnaire médical

Prise de rendez-vous au 010 43 73 70

A compléter ET à amener le jour de votre consultation d'anesthésie (N'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant !)

- **Les différentes techniques pratiquées par le service d'Anesthésiologie , les effets secondaires et complications les plus fréquentes sont expliquées dans un document que vous pouvez consulter sur le site web :**
<https://www.cspo.be/sites/default/files/Feuillets%20infos%20patients/anesthésie-brochure-d-informations.pdf>. **J'ai consulté ce document :** oui - non
- **La plupart des résultats d'examens et consultations réalisées en dehors de la Clinique St Pierre se retrouvent sur le serveur du Réseau de Santé Wallon (RSW) .**
J'autorise les médecins anesthésistes à consulter ces documents : oui - non
- **La consultation nécessite une prise en charge RAC** oui - non

Pour des raisons d'archivage, veuillez utiliser une encre NOIRE pour répondre ! Merci

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : M ou F

Poids : _____ Kg Taille : _____ Cm
 Exercice physique pratiqué : _____ Type d'intervention : _____
 Nom du chirurgien : _____
 Date de l'intervention : _____ Votre numéro de téléphone : _____

1. Antécédents chirurgicaux principaux

Opération(s) ?	Où ?	Quelle année ?

2. Antécédents médicaux principaux

Maladie(s) traitée(s) ?	Traite(s)é par le Dr ?	Depuis ?

4. Antécédents familiaux

Un membre de votre famille a-t-il eu :

- Un infarctus ? un accident vasculaire cérébral ? **Oui – Non**
- Un problème grave durant une anesthésie ? **Oui – Non**
- Un problème de coagulation du sang ? **Oui – Non**

5. Pour les personnes concernées : êtes-vous **enceinte** ? **Oui - Non**

6. Consommez-vous de l'alcool (vin, bière, apéritifs, ...) ? **Oui – Non**

- Quelle quantité par jour (nombre de verres) ?

7. Êtes-vous fumeur **actuellement** ? **Oui – Non**

- Depuis combien d'années ? **année(s)**
- Combien de cigarettes par jour ? **cig. /jour**

8. Consommez-vous régulièrement (>1x par semaine) d'autres substances ? (Cannabis, Ecstasy, Héroïne...) **Oui – Non**

9. Avez-vous déjà présenté une **allergie** ? **Oui – Non**

- A un médicament ? Si oui, le(s)quel(s) ? **Oui – Non**
- A un produit utilisé par le dentiste ? **Oui – Non**
- A un produit a cours d'un examen médical ? **Oui – Non**
- Au LATEX ? **Oui – Non**

- Autre **allergie** ? (Entourez)

Poussière de maison	Poils d'animaux	Graminées
Végétaux	Latex	Poisson
Crustacés	Fruits	Métaux
Parfums	Autres : ...	

10. Quel **type de réaction allergique** avez-vous déjà présenté ? (Entourez)

Arrêt cardiaque	Difficultés respiratoires	Gonflements du visage
Chute de tension	Eruption cutanée	Autres ...

11. Avez-vous déjà été victime d'un **incident ou d'un accident anesthésique** ? **Oui –Non**

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| 1. Echec d'anesthésie loco régionale | 2. Douleurs non contrôlées à la maison | 3. Hypotension majeure |
| 4. Hyperthermie maligne | 5. Douleurs non contrôlées en salle de réveil | 6. Arrêt cardiaque sur choc allergique |
| 7. Intubation difficile (ID) | 8. Sensation « d'étouffement » au réveil | 9. Dent(s) cassée(s) |
| 10. Réveil per opératoire | 11. Nausées et/ou vomissements | 12. Tremblements au réveil |

12. Anamnèse médicale

Sur le plan cardio-vasculaire			
• Avez-vous parfois des douleurs thoraciques ? (angine de poitrine ?)	Oui – Non	• Êtes-vous capable de réaliser un travail ménager léger ?	Oui – Non
• Ressentez-vous parfois des palpitations ?	Oui – Non	• Montez-vous 2 étages sans être essoufflé ?	Oui – Non
• Avez-vous un pace-maker ?	Oui – Non	• Pouvez-vous faire un effort physique sans difficulté ? (5 km de marche, 10 km de vélo...)	Oui – Non
• Avez-vous déjà fait un infarctus ? • Avez-vous été opéré du cœur ?	Oui – Non Oui -- Non	• Dormez-vous en position semi-assise ? (avec plusieurs coussins)	Oui – Non
• Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?	Oui – Non	• Quelle est votre pression artérielle habituelle ?	/
Sur le plan respiratoire			
• Avez-vous eu un épisode de bronchite cette année ?	Oui – Non	• Souffrez-vous d'asthme ?	Oui – Non
• Avez-vous parfois une respiration sifflante ?	Oui – Non	• Souffrez-vous de bronchite chronique ou emphysème ?	Oui – Non
• Toussez-vous de manière chronique ?	Oui – Non	• Avez-vous le rhume des foins ?	Oui – Non
• Ronflez-vous bruyamment ? • Tous les jours ?	Oui – Non Oui -- Non	• Les ronflements sont-ils accompagnés d'apnées avec reprise respiratoire bruyante ?	Oui – Non
• Vous réveillez-vous en sursaut la nuit avec sensation d'étouffer ?	Oui – Non	• Estimez-vous votre sommeil réparateur ?	Oui – Non
• Avez-vous des maux de tête au réveil ?	Oui – Non	• Etes-vous somnolent durant la journée ?	Oui – Non
Sur le plan neurologique			
• Avez-vous déjà eu une « thrombose cérébrale » ? ou accident vasculaire cérébral ?	Oui – Non	• Y a-t-il une maladie musculaire génétique dans votre famille (myopathie) ?	Oui – Non
• Avez-vous déjà été paralysé ?	Oui – Non	• Avez-vous déjà perdu connaissance ?	Oui – Non
• Souffrez-vous d'épilepsie ?	Oui – Non	• Souffrez-vous de glaucome ?	Oui – Non
• Ressentez-vous des picotements dans les membres ?	Oui – Non	• Souffrez-vous de dépression ?	Oui – Non
• Souffrez-vous de migraines ?	Oui – Non	• Souffrez-vous de la maladie de Parkinson ?	
Sur le plan locomoteur			

<ul style="list-style-type: none"> • Souffrez-vous d'arthrose • Souffrez-vous de rhumatisme ? 	<p>Oui – Non Oui -- Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Marchez-vous difficilement ? 	<p>Oui – Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Souffrez-vous de douleurs Lombaires ? Cervicale ? 	<p>Oui – Non Oui -- Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous mal à l'endroit où l'on va vous opérer ? 	<p>Oui – Non</p>
<p>Sur le plan digestif, rénal et métabolique</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous (déjà eu) des ulcères à l'estomac ? Une hémorragie digestive ? 	<p>Oui – Non Oui -- Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous eu une jaunisse ? Était-ce une hépatite ? laquelle ? 	<p>Oui – Non Oui – Non A -- B – C -- ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des problèmes de déglutition ? 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Souffrez-vous de la thyroïde ? 	<p>Oui – Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des problèmes d'acidité • Avez-vous une hernie hiatale ? 	<p>Oui – Non Oui -- Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Souffrez-vous de cirrhose ? • Souffrez-vous du pancréas 	<p>Oui – Non Oui -- Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Etes-vous diabétique ? • Depuis combien de temps ? 	<p>Oui – Non Année(s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà été dialysé ? 	<p>Oui – Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Votre diabète est traité par insuline • Votre diabète est traité par pilule 	<p>Oui – Non Oui -- Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Souffrez-vous d'insuffisance rénale ? 	<p>Oui -- Non</p>
<p>Sur le plan hématologique</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Saignez-vous facilement ? Faites-vous des bleus sans raison apparente ? 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ? 	<p>Oui – Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà du consulter pour un important saignement de nez ? 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous saigné lors d'un accouchement ? ou d'une opération ? 	<p>Oui – Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Saignez-vous régulièrement des gencives ? 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà fait une thrombose veineuse ? 	<p>Oui – Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des varices ? ou des phlébites ? 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà fait une embolie pulmonaire ? 	<p>Oui – Non</p>
<p>Sur le plan nutritionnel et autre</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ? 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de kg avez-vous perdu ? 	<p>Kgs</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Était-ce volontairement ? (régime ?) 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En combien de temps ? 	<p>mois</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous modifié votre alimentation au cours de cette semaine (diminution de la quantité) ? 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Souffrez-vous d'une maladie transmissible ? 	<p>Oui – Non</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Souffrez-vous d'une maladie de la peau ? 	<p>Oui – Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Portez-vous des prothèses dentaires ? • Des lentilles de contact ? • Piercing ? ongles artificiels ? 	<p>Oui – Non Oui -- Non</p>



Autorisation éclairée des soins d'anesthésiologie.

(Elle vous sera demandée en fin de consultation).

Les modalités et les risques liés à l'anesthésie m'ont été expliqués. Je les ai compris et les ai acceptés. Au cours de la consultation d'Anesthésie, j'ai pu poser toutes les questions auxquelles il m'a été répondu.

(Si la personne est mineure ou incapable, autorisation de narcose donné par
.....)

Date & Signature :