



Clinique S' Pierre  
OTTIGNIES

# QUESTIONNAIRE PRÉANESTHÉSIQUE PÉDIATRIQUE

PRISE DE RENDEZ-VOUS : 010 437 370

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL À COMPLÉTER ET À AMENER LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

VOUS TROUVEREZ UN DOCUMENT INFORMATIF À PARCOURIR AVEC VOTRE ENFANT VIA NOTRE SITE  
INTERNET [WWW.GSPO.BE/CONTENT/ANESTHÉSIOLOGIE](http://WWW.GSPO.BE/CONTENT/ANESTHÉSIOLOGIE) OU VIA LE QR CODE SUIVANT :



**NOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**POIDS : ..... KG**

**N° DE TÉLÉPHONE DU PARENT :**

**PRÉNOM :**

**AGE :**

**TAILLE : ..... CM**

**INTERVENTION :**

**DATE DE LA CHIRURGIE :**

**NOM DU CHIRURGIEN :**

**1. VOTRE ENFANT EST-IL NÉ À TERME ? OUI - NON**

**SI NON, À COMBIEN DE MOIS EST-IL NÉ ?**

**EST-IL ALLÉ EN NÉONATOLOGIE ? OUI - NON**

**2. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIE ? OUI - NON**

**SI OUI, LESQUELLES ?**

**3. VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ ? OUI - NON**

INTERVENTION	DATE

**SI VOTRE ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ, Y A-T-IL EU DES COMPLICATIONS ANESTHÉSQUES OU CHIRURGICALES ? OUI-NON** Si oui, précisez :

**4. UN MEMBRE DE LA FAMILLE A-T-IL EU DES PROBLÈMES LORS D'UNE ANESTHÉSIE ? OUI - NON**

**5. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL DE MALADIE (ASTHME, DIABÈTE, ÉPILEPSIE, ...) OUI - NON**

Si oui, précisez : .....

**6. VOTRE ENFANT PREND-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL QUOTIDIEN ? Si oui, lequel ?**


**7. VOTRE ENFANT PRATIQUE-IL UN SPORT ? OUI - NON**

**8. A-T'-IL DÉJÀ EU UN MALAISE PENDANT UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ? OUI - NON**

**9. VOTRE ENFANT EST-IL SENSIBLE AU MAL DU TRANSPORT ? OUI - NON**

**10. VOTRE ENFANT A-T-IL DES DENTS QUI BOUGENT ET/OU CASSÉES ? OUI - NON**

**11. A PROPOS DE L'HÉMOSTASE ( ARRÊT DU SAIGNEMENT)**

- **VOTRE ENFANT SAIGNE-T-IL FACILEMENT OU A-T-IL DES ECCHYMOSES (BLEUS) SANS CAUSE APPARENTE ? OUI - NON**
- **Y A-T-IL DANS LA FAMILLE UNE MALADIE DE LA COAGULATION (HÉMOPHILIE, MALADIE DE VON WILLEBRAND OU AUTRE ?) OUI - NON**
- **VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ PRÉSENTÉ UN SAIGNEMENT DE NEZ IMPORTANT ? OUI - NON**

Je soussigné(e) ....., papa, maman, tuteur (biffer les mentions inutiles), autorise les membres du service d'anesthésie à pratiquer l'anesthésie pour l'intervention-l'examen dont il est question. Les modalités et les risques liés à l'anesthésie m'ont été expliqués. Je les ai compris et les accepte. Au cours de la consultation d'anesthésie, j'ai pu poser toutes les questions auxquelles il m'a été répondu.

**DATE ET SIGNATURE**