



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 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