



Clinique St Pierre
OTTIGNIES

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Prise de rendez-vous au 010 437 370

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

QUESTIONNAIRE MÉDICAL À 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 internet.



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

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M ou F

Numéro de téléphone :

Poids : kg

Taille : cm

Exercice physique pratiqué :

Nom du chirurgien :

Date de l'intervention :

Type d'intervention :

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

- Si oui, 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) ?
- 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 majeures | 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, 10k m à vélo...)	OUI NON
Avez-vous déjà fait un infarctus ?	OUI NON
Avez-vous été opéré du coeur ?	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 ?	OUI NON
Si oui, tous les jours ?	OUI NON
Les ronflements sont-ils accompagnés d'apnées avec reprise respiratoire bruyante ?	OUI NON
Vous reveillez-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 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 ?	OUI NON

Sur le plan locomoteur	
Souffrez-vous d'arthrose ?	OUI NON
Souffrez-vous de rhumatisme ?	OUI NON
Marchez-vous difficilement ?	OUI NON
Souffrez-vous de douleurs lombaires ?	OUI NON
Souffrez-vous de douleurs cervicales ?	OUI NON
Avez-vous mal à l'endroit où l'on va vous opérer ?	OUI NON
Sur le plan digestif, rénal et métabolique	
Avez-vous (déjà eu) des ulcères à l'estomac ?	OUI NON
Avez-vous déjà eu une hémorragie digestive ?	OUI NON
Avez-vous eu une jaunisse ?	OUI NON
Etait-ce une hépatite ?	OUI NON
Si oui, laquelle ?	A-B-C-...
Avez-vous des problèmes de déglutition ?	OUI NON
Souffrez-vous de la thyroïde ?	OUI NON
Avez-vous des problèmes d'acidité ?	OUI NON
Avez-vous une hernie hiatale ?	OUI NON
Souffrez-vous de cirrhose ?	OUI NON
Souffrez-vous du pancréas ?	OUI NON
Etes-vous diabétique ?	OUI NON
Si oui, depuis combien de temps ?	année(s)
Avez-vous déjà été dialysé ?	OUI NON
Votre diabète est traité par insuline ?	OUI NON
Votre diabète est traité par pilule ?	OUI NON
Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?	OUI NON
Sur le plan hématologique	
Saignez-vous facilement ?	OUI NON
Faites-vous des bleus sans raison apparente ?	OUI NON
Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?	OUI NON
Avez-vous déjà du consulter pour un important saignement de nez ?	OUI NON
Avez-vous déjà saigné lors d'un accouchement ? ou d'une opération ?	OUI NON
Saignez-vous régulièrement des gencives ?	OUI NON
Avez-vous déjà fait une thrombose veineuse ?	OUI NON
Avez-vous des varices ? Ou des phlébites ?	OUI NON
Avez-vous déjà fait une embolie pulmonaire ?	OUI NON
Sur le plan nutritionnel et autre	
Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ?	OUI NON
Combien de kg avez-vous perdu ?	Kgs
Etait-ce volontairement ? (Régime)	OUI NON
En combien de temps ?	mois
Avez-vous modifié votre alimentation au cours de cette semaine (diminution de la quantité) ?	OUI NON
Souffrez-vous d'une maladie transmissible ?	OUI NON
Souffrez-vous d'une maladie de la peau ?	OUI NON
Portez-vous des prothèses dentaires ?	OUI NON
Portez-vous des lentilles de contact ?	OUI NON
Avez-vous un/des piercing(s) ?	OUI NON
Avez-vous des ongles artificiels ?	OUI NON

Autorisation éclairée des soins 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 :