



## Anesthésie

dr. Batens - dr. Beckers - dr. De Medts  
dr. De Sommer - dr. Drijvers - dr. Lemmens  
dr. Liesmons - dr. Malcorps - dr. Mariën  
dr. Mattheussen - dr. Moens - dr. Nobels  
dr. Notelé - dr. Pauwels - dr. Stevens - dr. Stessel  
dr. Vanderstappen - dr. Verplaetse - dr. Wets

Chirurgien : ..... Date : ..... - ..... - .....

Opération : .....

Côté du corps :  Droite  Gauche

## Questionnaire médical pre-anesthésique

**Veillez apporter ce formulaire avec vous.**

Afin de vous garantir une anesthésie aisée, en sûreté et personnelle, s'il vous plaît, remplissez ce questionnaire le plus correct possible. Nous traitons cette information bien confidentiel.

Date de naissance: .....

Personne de contact: .....

Taille: ..... Poids: .....

Numéro de téléphone: .....

Profession: .....

Lien familial: .....

Adresse : .....

Médecin traitant: .....

.....

Groupe sanguin: .....

Religion: .....

**Sélectionnez la bonne réponse. Cernez le point d'interrogation si vous ne le savez pas ou donnez une petite explication.**

Avez-vous déjà été opéré(e)? Quelles opérations?  non  oui  ? .....

Avez-vous souffert d'un problème lors de ces opérations? p.e. Vomir  non  oui  ? .....

Quelqu'un de votre famille a-t-il eu une complication liée à une anesthésie?  non  oui  ? .....

Avez-vous déjà eu des transfusions sanguines?  non  oui  ? .....

Nous pouvons vous donner des produits sanguins si nécessaire?  non  oui  ? Si non, pourquoi: .....

Avez-vous un dentier amovible, des fausses dents fixes, des dents qui bougent?  non  oui  ? .....

Avez-vous parfois recours à des stimulants ou de la drogue (cannabis, cocaïne, marijuana, des amphétamines)?  non  oui  ? .....

Etes-vous enceinte?  non  oui  ? .....

Faites-vous du travail physiquement lourd?  non  oui  ? .....

Etes-vous facilement essoufflé(e)?  non  oui  ? .....

Souffrez-vous de l'asthme?  non  oui  ? .....

Etes-vous court d'haleine pendant la nuit ou quand vous êtes couché(e) à plat?  non  oui  ? .....

Souffrez-vous parfois de pieds ou jambes gonflés?  non  oui  ? .....

Souffrez-vous de douleur de la poitrine, de cou ou de bras gauche au repos ou à l'effort?  non  oui  ? .....

Avez-vous déjà eu une crise cardiaque, un souffle au cœur ou une maladie de cœur?  non  oui  ? .....

Souffrez-vous de tension haute?  non  oui  ? .....

Souffrez-vous de tension basse?  non  oui  ? .....

Souffrez-vous des varices?  non  oui  ? .....

Avez-vous déjà eu une thrombose ou phlébite?  non  oui  ? .....

Buvez-vous régulièrement de l'alcool?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Prenez-vous des calmants?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Suivez-vous un régime?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Fumez-vous? Nombres de cigarettes par jour: .....	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Souffrez-vous en ce moment d'une rhume ou d'une grippe?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Toussez-vous? Avez-vous parfois une respiration sifflante?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Produisez-vous des flegmes?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une bronchite, une pneumonie ou une autre maladie pulmonaire?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Avez-vous souffert de l'hépatite ou jaunisse?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Souffrez-vous de diabète?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Avez-vous réagi de façon allergique à:	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Certains produits alimentaires (p.e. kiwi, banane, ...)?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Certains médicaments, antibiotiques?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Acariens, poussières?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Latex ou caoutchouc?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Pansements adhésifs ou désinfectants?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Souffrez-vous d'insuffisance rénale? Avez-vous des problèmes de l'appareil urinaire?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Avez-vous déjà eu une maladie de l'estomac (ulcère, brûlants)?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Est-ce que vos blessures saignent longtemps?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Avez-vous eu une attaque avec perte de connaissance, avec ou sans épilepsie?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Avez-vous un bras, une jambe ... qui est paralysé(e) ou insensible?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Avez-vous des problèmes ophtalmologiques??	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Entendez-vous moins? Portez-vous un appareil auditif?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Suivez-vous un traitement pour une maladie nerveuse?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Avez-vous des questions particulières concernant votre anesthésie?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui, notez-les sur la liste des médicaments attachée.	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?
Est-ce que vous souffrez régulièrement de douleurs? Si oui, veuillez compléter le questionnaire de douleur ci-joint.	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ?

Le soussigné ....., donne son accord au médecin anesthésiste pour l'administration de l'anesthésie dans le cadre de l'intervention chirurgicale. Il/ elle déclare être suffisamment informé(e) sur l'anesthésie générale et/ ou l'analgésie locorégionale/ épidurale qui sera administrée. Il/ elle est au courant des effets secondaires possibles et/ou des complications comme expliqué dans les brochures.

Date: ..... - ..... - .....

Signature:

Pour des mineurs: parent ou tuteur

### Commentaire importante:

- Soyez à jeun pour une opération sous anesthésie: 6h avant l'opération ne plus manger ou boire.
- 24h avant l'opération ne plus fumer.
- Enlevez une heure avant l'opération: prothèse dentaire, piercings (en particulier ceux de la bouche et des narines), lunettes, prothèse auditive, épingles à cheveux.

Plus d'info: [www.azsintmaarten.be/anesthesie](http://www.azsintmaarten.be/anesthesie)



## Mon schéma de médication

De préférence, demandez de l'aide à votre professionnel de la santé (médecin, pharmacien, aidant, infirmier/infirmière, ...)

Nom: .....

Remplir le: ..... / ..... / .....

Je ne prends pas de médication.

**Si possible, emmenez vos médicaments au temps de l'admission à l'hôpital**

NOM DU MÉDICAMENT	Posologie (p.e. nombre de milligrammes)	Nombre					Signalez ici - Quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, si nécessaire - Eventuellement, dernière date de prise - Remarques
		à jeun	petit déjeuner	midi	soir	avant de se coucher	

**Contrôlez si votre schéma de médication est complet à l'aide de la liste suivante; n'avez vous rien oublié(e)?**

<input type="checkbox"/> Anticoagulants	<input type="checkbox"/> Gouttes pour yeux/oreilles/nez	<input type="checkbox"/> Hypnotiques	<input type="checkbox"/> Préparations hormonales	<input type="checkbox"/> Emploi récent (<3mois) d'antibiotics	<input type="checkbox"/> Bronchodilatateurs
<input type="checkbox"/> Médicaments contre les maux d'estomac	<input type="checkbox"/> Analgésiques	<input type="checkbox"/> Patches transdermiques	<input type="checkbox"/> Médication sans prescription	<input type="checkbox"/> Ginkgo biloba, Millepertuis ou autres plantes médicinales	<input type="checkbox"/> Injections

Continué – si nécessaire

NOM DU MÉDICAMENT	Posologie (p.e. nombre de milligrammes)	Nombre					Signalez ici - Quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, si nécessaire - Eventuellement, dernière date de prise - Remarques
		à jeun	petit déjeuner	midi	soir	avant de se coucher	

### Questionnaire de douleur

	non	oui
<b>1</b> Avez-vous déjà des douleurs dans la zone d'opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> Avez-vous déjà d'autres douleurs (par exemple maux de tête chroniques, maux de dos, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> Avez-vous été très stressé/ débordé au cours des six derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> Souffrez-vous d'au moins deux ou plus des symptômes suivants? Insomnie, la fatigue excessive, des pensées anxieuses, vertige, le sentiment d'être mal compris, un besoin de somnifères ou de sédatifs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>