

Annexe 1a : Questionnaire de santé préopératoire (adulte) - H-JU

Pour préparer la consultation que vous aurez prochainement avec le médecin anesthésiste, vous êtes invité·e à remplir chez vous ce « questionnaire de santé ». Ce document, résumant votre état de santé, sera une aide précieuse pour la qualité de votre prise en charge. Au besoin, vous pourrez vous faire aider par un proche ou par votre médecin traitant. Merci de nous le remettre lors de la consultation pré-anesthésique.

Nom : Prénom :

Âge : Poids : Taille : Profession :

Médecin de famille : Chirurgien consulté :

Raison de l'opération / Opération prévue :

1. Avez-vous déjà été opéré(e) non oui

Année	Opération	Année	Opération
	1.		6.
	2.		7.
	3.		8.
	4.		9.
	5.		10.

2. Prenez-vous des médicaments ? non oui

Médicaments	Dosage			Médicaments	Dosage		
	Matin	Midi	Soir		Matin	Midi	Soir

Veillez apporter tous vos médicaments à la consultation svp.

- Êtes-vous actuellement en traitement médical ? non oui
Si oui, pour quelles raisons ?
- Avez-vous eu une consultation par un spécialiste récemment (pour le cœur ou autre raison) ? Si oui, nom du spécialiste : non oui
- Madame, êtes-vous enceinte ? non oui
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une maladie Si oui, laquelle ? non oui
- Connaissez-vous votre groupe sanguin ? non oui
Si oui, quel est-il ?
- Avez-vous déjà été transfusé(e) ? ne sait pas non oui
- Vous est-il arrivé un problème ou un inconfort lors d'une précédente anesthésie ? Si oui, précisez non oui
- Un membre de votre famille a-t-il présenté un problème lors d'une anesthésie ? Si oui, précisez non oui

Questions concernant votre état de santé général ; merci de cocher ce qui convient et de compléter les réponses :

9. Avez-vous des comportements addictifs (tabac, alcool, médicaments, autres)? non oui
Tabac : Combien ? Depuis quand ?
Alcool : Combien ? Depuis quand ?
Autres :
13. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie pulmonaire (notamment asthme, bronchite chronique, pneumonie, pneumothorax, tuberculose, autre...) ? non oui
Si oui, précisez
14. Avez-vous des allergies, en particulier à des médicaments (notamment aspirine, curare, pénicilline, anesthésiques locaux, latex, kiwi, banane, soja) ? non oui
Si oui, précisez
15. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie du cœur (notamment infarctus du myocarde, angine de poitrine, essoufflement à l'effort, palpitations, inflammation du péricarde, pace-maker) ? Si oui, précisez non oui oui
16. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :
▪ hypertension ? non oui
▪ thrombose veineuse ou embolie pulmonaire ? non oui
▪ varices ? non oui
▪ thrombose artérielle/douleur aux mollets en marchant ? non oui
▪ une tendance aux saignements ? non oui
▪ une tendance aux thromboses ? non oui
17. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :
▪ hernie discale ? non oui
▪ maladie des articulations comme polyarthrite ou arthrose ? non oui
▪ maladie musculaire génétique ou autres ? non oui
18. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :
▪ diabète ? non oui
▪ une autre maladie du métabolisme comme la goutte ? non oui
19. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :
▪ une maladie du système nerveux ? précisez non oui
▪ paralysie de membre ? non oui
▪ dépression ? non oui
▪ une maladie du foie ou des voies biliaires ? non oui
▪ une maladie de la thyroïde ? non oui
▪ une maladie des yeux, en particulier de glaucome ? non oui
▪ une maladie des reins ou de la vessie ? non oui
(insuffisance rénale, calculs, pyélonéphrite ?)
▪ une maladie de la prostate ? non oui
▪ êtes-vous dialysé(e) ? non oui
▪ hépatite virale ou infection HIV ? non oui
20. Avez-vous :
▪ des prothèses dentaires ? non oui
▪ des dents implantées ? non oui
▪ des dents qui bougent ? non oui
21. Portez-vous :
▪ des lunettes ? non oui
▪ une prothèse auditive ? non oui

Avez-vous des remarques supplémentaires à faire ?

Date : Signature :