

Annexe 1b : Questionnaire de santé préopératoire (enfant)

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, en résumant l'état de santé de votre enfant, sera une aide précieuse pour la qualité de sa prise en charge. Au besoin, vous pourrez vous faire aider par un proche ou votre médecin traitant. Merci de nous le remettre lors de la consultation pré-anesthésique.

Nom et prénom de l'enfant :

Age : ans poids kg
 mois taille cm

	non	oui	je ne sais pas / remarques
1. Votre enfant a-t-il présenté un problème particulier durant ses premières semaines de vie ? Si oui, lequel ou lesquels ?			
2. Votre enfant a-t-il suivi un traitement médical durant les 6 derniers mois ? Si oui pour quelle maladie ?			
3. Votre enfant prend-il actuellement des médicaments ? Si oui, lequel ou lesquels ?			
4. Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Si oui, pourquoi et quand (par exemple : les amygdales en 1999) ?			
5. Votre enfant a-t-il eu un incident particulier pendant l'anesthésie ? Si oui, lequel ?			
6. Y a-t-il eu un incident particulier chez un proche parent dans le cadre d'une anesthésie ? Si oui lequel ?			
7. Votre enfant souffre t-il d'une maladie qui le limite dans ses activités sportives ? Si oui, laquelle ?			
8. A-t-on remarqué un souffle cardiaque chez votre enfant ?			
9. Actuellement votre enfant est-il enrhumé ? Tousse-t-il ? A-t-il de la fièvre ?			

Poursuivre au verso

	non	oui	je ne sais pas / remarques
10. Votre enfant souffre t-il d'asthme ou d'une autre maladie respiratoire ? Si oui, prend-il un médicament ? Si oui lequel ?			
11. Votre enfant est-il allergique ? Si oui, à quoi ? (rhume des foins, allergie alimentaire, médicamenteuse, allergie au sparadrap, aux animaux, aspirine, curare, pénicilline, anesthésiques locaux, latex, kiwi, banane, soja ...)			
12. Un membre de votre famille présente-t-il une allergie particulière ?			
13. Votre enfant saigne-t-il facilement du nez, se fait-il facilement des bleus ?			
14. Votre enfant souffre-t-il d'une maladie du système nerveux ? Si oui, laquelle (par exemple : épilepsie, paralysie, retard de développement, etc.) ?			
15. Votre enfant souffre-t-il d'une maladie neuro-musculaire ou de faiblesse musculaire ?			
16. Votre enfant est-il diabétique ? Si oui, quelle est sa dose journalière d'insuline ?			
17. Votre enfant a-t-il une maladie des yeux ? Si oui, laquelle ?			
18. Votre enfant a-t-il une mauvaise dentition (dents branlantes ou gâtées) ?			
19. Autre particularité que vous auriez à nous signaler ?			
20. Avez-vous discuté de l'intervention avec votre enfant ?			
21. Si le questionnaire est rempli le jour de l'opération : Quand votre enfant a-t-il bu pour la dernière fois ? Quand a-t-il mangé pour la dernière fois ?			

Date : Signature de l'un des parents :