

Questionnaire médical : consultation pré-anesthésique

Site de Godinne

NOM : PRÉNOM :

NÉ(E) LE : / /

INTERVENTION PRÉVUE :

LE / /

POIDS :kg TAILLE :cm

Étiquette du patient

I) Antécédents médicaux :

- Avez-vous souffert ou souffrez-vous :

- d'hypertension artérielle ? non oui
- d'angine de poitrine ? non oui
- Avez-vous fait un infarctus cardiaque ? non oui
- Avez-vous eu des troubles du rythme cardiaque ? non oui
- Avez-vous un pacemaker et / ou un défibrillateur ? non oui
- Avez-vous eu des phlébites ? non oui

- Avez-vous souffert ou souffrez-vous :

- d'asthme ? non oui
- de bronchite chronique ? non oui
- d'emphysème ? non oui
- d'embolie pulmonaire ? non oui
- Dormez-vous avec une Cpap pour un Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil ? non oui

- Avez-vous (eu) un ulcère de l'estomac /du duodénum ? non oui

- Avez-vous (eu) une œsophagite ? non oui

- Avez-vous (eu) une hernie hiatale ? non oui

- Avez-vous eu une hépatite (jaunisse) ? non oui

→ Si oui, laquelle hépatite A hépatite B hépatite C

- Avez-vous souffert ou souffrez-vous :

- de diabète ? non oui
- de la thyroïde ? non oui
- de dépression ? non oui
- de migraine ? non oui
- d'épilepsie ? non oui
- de la maladie de Parkinson ? non oui

- de myopathie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
- Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ Si oui, quand ?		
En avez-vous gardé des séquelles ?		
- Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'autres maladies ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ Si oui, lesquelles ?		
.....		

II) Antécédents chirurgicaux :

- Avez-vous déjà été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
- Si oui, veuillez détailler vos interventions :		
.....	Quand ?	
.....	Quand ?	
.....	Quand ?	
.....	Quand ?	
.....	Quand ?	
.....	Quand ?	
.....	Quand ?	
.....	Quand ?	
.....	Quand ?	

III) Antécédents anesthésiques :

- Un membre de votre famille a-t-il présenté un problème lors d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ lequel :		
- Avez-vous déjà eu une anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ Si oui :		
- avez-vous eu des complications <u>pendant</u> l'anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ lesquelles :		
- avez-vous eu des complications <u>après</u> l'anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
- lesquelles :		

IV) Allergies :

- Avez-vous présenté une allergie et/ou intolérance ?		Décrivez la réaction :
- À un aliment <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → lequel ?		→
- À un désinfectant cutané <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → lequel ?		→
- Au latex <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → lequel ?		→
- À certains médicaments <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → lequel ?		→
- À autre chose <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → lequel ?		→

V) Médicaments et Toxiques :

CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES BOISSONS ALCOOLISEES? oui non

Si oui, lesquelles et quelle quantité par jour?

CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DU CANNABIS OU AUTRES DROGUES? oui non

Si oui, lesquelles et quelle quantité par jour?

Questionnaire médicaments

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE :

ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME DE...	oui	non
• Comprimés et/ou gélules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spray nasal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Injection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inhalateur, puff ou aérosol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Patch (<i>collé sur la peau</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Crème ou gel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Liquide ou sirop ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Suppositoire (<i>voie rectale</i>) ou ovule (<i>voie vaginale</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gouttes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Préparation magistrale (<i>réalisée par le pharmacien d'officine</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Echantillon fourni par votre médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS POUR...	oui	non
• Le système nerveux (<i>sommeil, anxiété, dépression, épilepsie, maladie d'Alzheimer, Parkinson, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La digestion (<i>acidité estomac, nausées, vomissements, constipation, diarrhée, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La respiration : nez, bouche, gorge, poumons (<i>asthme, bronchite, toux, rhume, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le cœur (<i>hypertension, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La circulation du sang (<i>p ex : Sintrom®, Fraxiparine®, Clexane®, Pradaxa®, Xarelto®, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Contre la douleur et/ou la fièvre (<i>p ex : Aspirine®, Dafalgan®, Contramal®, codéine, morphine, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le diabète ou le cholestérol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les os , les muscles ou les articulations (<i>rhumatisme, ostéoporose, arthrite, goutte, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A base d'hormones (<i>thyroïde, pilule contraceptive, ménopause, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A base de glucocorticoïdes (<i>p ex : Medrol®, Hydrocortisone®, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La peau (<i>psoriasis, acné, eczéma, verrue, herpès, zona, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les reins , la vessie , les organes génitaux (<i>incontinence, impuissance, fécondation, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les yeux ou les oreilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'allergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Contre le cancer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Contre le rejet d'organe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une carence (<i>vitamines, minéraux, toniques, complément alimentaire ; pex : fer, calcium, etc.</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chaque fois que vous répondez « oui » à une question, merci de compléter le tableau au VERSO de cette feuille

DURANT CES TROIS DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE UNE INFECTION ? oui non



Si vous avez déjà établi une liste de vos médicaments, merci de la joindre à ce document.

LA LISTE DES MEDICAMENTS QUE JE PRENDS ACTUELLEMENT

AUCUNE MEDICATION

MÉDICAMENTS SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE									
RÉGULIÈREMENT	AU BESOIN	NOM ET FORME DU MÉDICAMENT	DOSAGE	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI	SOIR	COUCHER	REMARQUES ÉVENTUELLES
									fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma
									(<i>p ex : sintrom 1-1-2</i>)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple: Médicament A® comprimé</i>	<i>2,5 mg</i>	<i>3</i>					<i>Pas tous les jours, mais 3 comprimés en 1 fois le jeudi</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
NON-SOUMIS À PRESCRIPTION (VITAMINES, MINÉRAUX, PLANTES, HOMEOPATHIE, ...)									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Si vous n'avez pas assez de place, n'hésitez pas à demander une seconde feuille.

Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS DANS VOTRE TRAITEMENT CE DERNIER MOIS ? oui non

SI OUI : lesquels et pourquoi ? (ex. médicament récemment ajouté/stoppé, modification du dosage, effet indésirable, ...)

PENSEZ-VOUS QUE LE TRAITEMENT REPRIS CI-DESSUS SOIT COMPLET ? oui non

VI) Anamnèse cardiovasculaire

- Éprouvez-vous parfois une gêne ou une douleur dans la poitrine, le bras ou la mâchoire :

- lors d'un effort ? non oui
- au repos ? non oui

- Êtes-vous facilement essoufflé(e) :

- lors d'un effort physique intense ? non oui
- lors d'un effort physique modéré ? non oui
- au repos ? non oui

- Pouvez-vous monter deux volées d'escalier sans être essoufflé(e) non (< 4 METs) oui (> 4 METs)

- Quel sport pratiquez-vous ? Randonnée Golf (5-9 METs) Natation Tennis Football (>10 METs)

- Avez-vous des palpitations cardiaques ?

- lors d'un effort ? non oui
- au repos ? non oui

- Faites-vous des syncopes (pertes de connaissance) ? non oui

- Avez-vous des difficultés respiratoires durant la nuit ? non oui

- Avez-vous consulté un **cardiologue** durant ces 12 derniers mois ? non oui

→ Si oui : Nom Lieu (hôpital ou privé) :

VII) Anamnèse respiratoire

- Toussez-vous actuellement ? non oui

- Expectorez-vous actuellement ? non oui

- Êtes-vous sous oxygène ?

→ si oui : litre(s) par minute ; pendant heure(s) par jour

- Fumez-vous ? non oui

→ Si oui, cigarettes /autre : Nbre/jour : Depuis quel âge ? :

- Souffrez-vous d'asthme : non oui

- Avez-vous consulté un **pneumologue** durant ces 12 derniers mois ? non oui

→ Si oui : Nom Lieu (hôpital ou privé) :

VIII) Anamnèse digestive et nutritionnelle

- Avez-vous le « brûlant » ? non oui

- Quel est votre poids habituel ?kg

- Avez-vous perdu du poids ? non oui


→ Si oui, merci de compléter ci-dessous :

- Cette perte de poids était-elle volontaire ? non oui

→ Si la perte de poids n'était pas volontaire :

- combien de kilos avez-vous perdus ? kg
- en combien de temps :

Pouvez-vous estimer vos prises alimentaires sur la ligne ci-dessous en fonction de ce que vous mangiez AVANT votre perte de poids involontaire :



(0% = je ne mange plus rien 50% = je mange la moitié par rapport à avant 100% = je mange normalement)

IX) Anamnèse endocrinologique

- Pour les patients souffrant de diabète : → quelle est la date de votre dernier contrôle?
- Pour les patients souffrant de la thyroïde : → quelle est la date de votre dernier contrôle?

X) Dépistage du syndrome d'apnée obstructive du sommeil :

- Ronflez-vous bruyamment, plusieurs fois par semaine, en l'absence de toute consommation d'alcool ?
- non oui je ne sais pas
- Les ronflements sont-ils entrecoupés d'apnées avec reprise respiratoire bruyante ?
- non oui je ne sais pas
- Vous réveillez-vous en sursaut plusieurs fois par semaine avec l'impression d'étouffer ?
- non oui
- Estimez-vous votre sommeil réparateur ?
 (pour autant d'avoir dormi dans de bonnes conditions : qualité/quantité)
- non oui

Quel est le risque de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes :	Jamais (= 0)	Parfois (= 1)	Souvent (= 2)	Toujours (= 3)
Assis(e) en train de lire				
Assis(e) inactif(-ve) dans un lieu public				
Assis(e) tranquillement après un repas sans alcool				
Assis(e) en regardant la TV				
Assis(e) en parlant à quelqu'un				
En voiture comme passager(-ère) durant un trajet d'une heure				
En voiture comme conducteur(-trice) à l'arrêt dans le trafic				
Couché(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent				

XI) Anamnèse hématologique

- Avez-vous saigné longtemps après une morsure de langue, de lèvre ou de joue ? non oui
- Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction dentaire? non oui
- L'hémorragie a-t-elle recommencé après 24h, nécessitant une consultation pour traitement dentaire ou médical ? non oui
- Avez-vous eu des saignements prolongés après des opérations mineures telles qu'adénoïdectomie, amygdalectomie, appendicectomie, circoncision, suture de plaie ? non oui
- Les incidents précédents se sont-ils produits chez des parents ou des hommes du côté maternel ? non oui
- Faites-vous facilement des ecchymoses (bleus) sans cause apparente ? non oui
- Si oui, quel est le diamètre ?cm
- Avez-vous déjà consulté un médecin pour arrêter un saignement de nez ? non oui
- Avez-vous subi un tamponnement dans le nez par l'ORL? non oui

POUR LES FEMMES : êtes-vous enceinte ? non oui

QUESTIONNAIRE REMPLI PAR : vous-même votre médecin traitant une autre personne (précisez :)