



QUESTIONNAIRE PRE-OPERATOIRE
D'ANESTHESIE

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
(étiquette patient)

A remplir par le chirurgien :
Intervention programmée :

Latéralisation : Gauche / Droit

Chirurgien : Dr

Date opératoire :

Heure :

Date d'admission souhaitée :

Veillez remplir ce questionnaire avant la consultation d'anesthésie. Si nécessaire, faites-le remplir par votre médecin traitant.

Veillez apporter à la consultation d'anesthésie :

- ce questionnaire rempli
- les éléments de votre dossier médical que vous possédez (avis et rapports médicaux, résultats d'examens, prises de sang, radiographies et leurs protocoles)
- la liste précise de vos médicaments, ou à défaut les boîtes des médicaments.

A renvoyer à :

- preop.anesthesiebrien@chu-brugmann.be
- Service d'anesthésie – Hôpital CHU Brugmann / site Paul Brien – Rue du Foyer Schaerbeekois 36 – 1030 Bruxelles
- Fax : 02/477 9476
- Ou à apporter avec vous le jour de la consultation

Votre numéro de téléphone :

Votre adresse e-mail :

Nom et numéro de téléphone de votre médecin traitant :

Age : ans **Poids :** kg **Taille :** cm

Avez-vous déjà été opéré? Oui Non
Si oui, de quoi ?

Avez-vous eu des problèmes au cours de votre intervention? Oui Non
Si oui, lesquels ?

Vous a-t-on signalé des problèmes avec l'anesthésie ? Oui Non
Si oui, lesquels ?

Un membre de votre famille a-t-il eu des problèmes avec l'anesthésie ? Oui Non

Avez-vous été hospitalisé pour des raisons autres que les interventions ? Oui Non
Si oui, lesquelles ?

Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ? Oui Non
 Palpitations ?
 Angine de poitrine ?
 Infarctus ?
 Souffle cardiaque ?
 Hypertension ?
 Hypotension ?

Etes-vous vite à cours d'haleine ? Oui Non
 Au repos ?
 Après un effort léger ?
 Après 1 volée d'escaliers ?
 Après plusieurs volées ?

Avez-vous des difficultés respiratoires pendant la nuit ? Oui Non

Avez-vous les chevilles(ou les pieds) qui gonflent ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des problèmes aux artères ? Oui Non
Si oui, lesquels ?

Avez-vous déjà fait une phlébite, thrombose et/ou une embolie pulmonaire? Oui Non
Si oui, quand ?

Souffrez-vous d'asthme ? Oui Non
Si oui, fréquence des crises ? A quand remonte la dernière crise ?

Avez-vous eu récemment une infection bronchique ou pulmonaire ? Oui Non
Toussez-vous actuellement ? Oui Non
Souffrez-vous de bronchite chronique ? Oui Non

Etes-vous sujet aux apnées du sommeil ? Oui Non

Avez-vous eu un ulcère à l'estomac / oesophage? Oui Non

- Avez-vous du brûlant / reflux ? Oui Non
- Avez-vous déjà eu une hépatite ? Oui Non
- Avez-vous déjà eu une jaunisse? Oui Non
- Etes-vous diabétique ? Oui Non
- Souffrez-vous de problèmes thyroïdiens ? Oui Non
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'insuffisance rénale ? Oui Non
- Avez-vous eu des convulsions ou des crises d'épilepsie ? Oui Non
Si oui, à quand remonte la dernière crise ?
- Avez-vous eu une thrombose cérébrale ? Oui Non
- Avez-vous un glaucome ? Oui Non
- Avez-vous des allergies ? Oui Non
Si oui, lesquelles ?
Comment se manifestent-elles ?
- Êtes-vous sujet au mal des transports ou avez-vous facilement des nausées ? Oui Non
- Avez-vous eu des problèmes de saignements lors d'interventions précédentes ou d'un accouchement ?
Oui Non
- Avez-vous des hématomes sans raison / facilement ? Oui Non
- Saignez-vous des gencives spontanément ? Oui Non
- Saignez-vous facilement du nez ? Oui Non
- Avez-vous saigné abondamment après une extraction dentaire ? Oui Non
- Saignez-vous longtemps après une petite coupure ? Oui Non
- Avez-vous déjà été transfusé ? Oui Non
- Avez-vous des règles abondantes ou prolongées ? Oui Non
- Un membre de votre famille souffre t-il de problèmes de saignement ? Oui Non
- Fumez-vous ? Oui Non
Si oui, combien de cigarettes par jour ? Depuis combien de temps ?
- Consommez-vous régulièrement de l'alcool, du vin ou de la bière ? Oui Non
Si oui, combien ?
- Prenez-vous ou avez-vous pris des drogues ? Oui Non
- Avez-vous été en contact récemment avec quelqu'un qui a une maladie contagieuse ? Si oui, laquelle ?
Oui Non
- Faites-vous partie d'une catégorie à risque d'infection par hépatite B / C ou HIV ? Oui Non
- Etes-vous enceinte ou est-il possible que vous le soyez ? Oui Non

Suivez-vous un traitement ? Prenez-vous des médicaments ?
Si oui, lesquels ?

Oui Non

Médicament	Dosage	Nombre de prises