

QUESTIONNAIRE PREOPERATOIRE (ADULTES)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Pour quelle type d'opération serez-vous admis : droit gauche

Date :

Taille :	Poids :	Groupe sanguin :
----------	---------	------------------

1. Avez-vous eu une maladie grave ? OUI NON
Laquelle?
2. Avez-vous déjà subi une anesthésie ? OUI NON
- a. quel genre : - anesthésie générale
- anesthésie partielle
- anesthésie locale
- b. pour quel raison?
- c. quand?
- d. Avez-vous réagi de façon anormale à l'anesthésie? OUI NON
Comment?
- e. Avez-vous déjà eu des difficultés particulières après une opération (ou un accouchement) ?
- saignements OUI NON
- problèmes respiratoires OUI NON
- f. Combien de temps y-a-t-il depuis votre dernière anesthésie générale?
3. Y a-t-il eu des difficultés sérieuses dans votre famille en ce qui concerne une anesthésie? OUI NON
Lesquelles?
4. Fumez-vous? OUI NON
Combien par jour : a. de cigarettes :
b. de sigares:
c. de pipes.....
5. Consomez-vous régulièrement de l'alcool? OUI NON
Buvez-vous : peu
modérément
beaucoup

6. Utilisez-vous régulièrement de la drogue? OUI NON
 Laquelle?.....
7. Êtes-vous allergique ou hypersensible à :
- des médicaments? OUI NON
 - des antiseptiques/ désinfectants? OUI NON
 - des emplâtres (pansements) ? OUI NON
 - du caoutchouc ou du latex? OUI NON
 - des anesthésiques chez le dentiste? OUI NON
 - autres?..... OUI NON
8. Prenez-vous régulièrement des calmants, des soporifiques? OUI NON
 Lesquels et combien?.....
9. Prenez-vous régulièrement des médicaments antalgiques? OUI NON
 Lesquels et combien?.....
10. Avez-vous pris des salicylates (Aspirine) les derniers mois? OUI NON
 Lesquels et combien?.....
 De quand date la dernière fois?.....
11. Prenez-vous régulièrement des médicaments pour le coeur ou la pression artérielle? OUI NON
 Lesquels et combien?.....

 De quand date la dernière fois?.....
12. Avez-vous parfois mal au thorax en faisant des efforts? OUI NON
13. Avez-vous parfois les chevilles ou les pieds enflés? OUI NON
14. Avez-vous des varices? OUI NON
 Avez-vous eu des phlébites? OUI NON
15. Portez-vous un pace-maker? OUI NON
16. Souffrez-vous d'asthme ou d'autres maladies respiratoires? OUI NON
 Avez-vous pris ou prenez-vous des médicaments? OUI NON
 Lesquels et combien?.....

 De quand date la dernière fois?.....
17. Avez-vous le souffle court lors d'efforts? OUI NON
18. Souffrez-vous d'une respiration stridente? OUI NON
19. Souffrez-vous du rhume des foins? OUI NON
20. Avez-vous des problèmes au foie? OUI NON

21. Avez-vous eu la jaunisse? OUI NON
 Quand?
22. Quelqu'un de votre famille ou de votre entourage a-t-il la jaunisse en ce moment? OUI NON
23. Avez-vous des problèmes à l'estomac? OUI NON
24. Souffrez-vous de maladies des reins?
 Prenez-vous / Avez-vous pris des médicaments? OUI NON
 Prenez-vous des médicaments pour uriner facilement? OUI NON
 Lesquels et combien?.....
 De quand date la dernière fois?
25. Souffrez-vous de maladies des muscles ou des articulations? OUI NON
 Prenez-vous / Avez-vous pris des médicaments? OUI NON
 Lesquels et combien?.....
26. Etes vous susceptible au syndrome d'hyperthermie maligne? OUI NON
27. Avez-vous pris de la cortisone orale ou intra-musculaire les 6 derniers mois? OUI NON
28. Souffrez-vous de diabète?
 Quels médicaments prenez-vous?.....
29. Avez-vous des problèmes neurologiques? OUI NON
 - Vous êtes-vous jamais évanouis? OUI NON
 - Avez-vous eu une paralysie? OUI NON
 - Souffrez-vous d'épilepsie ou de convulsions? OUI NON
 - Souffrez-vous souvent de vertiges? OUI NON
30. Utilisez-vous des collyres (gouttes) oculaires (pour les yeux)? OUI NON
 Lesquels?.....
31. Avez-vous jamais eu de transfusion sanguine? OUI NON
 Avez-vous réagi de façon anormale pendant ou après la transfusion? OUI NON
32. Votre sang se coagule-t-il normalement quand vous vous blessez ou quand vous vous faites extraire une dent? OUI NON
33. Prenez-vous des anticoagulants? (pour diluer le sang) OUI NON
34. Avez-vous facilement des ecchymoses (bleues) sans raison? OUI NON
35. Prenez-vous régulièrement d'autres médicaments? OUI NON
 Lesquels et pourquoi?.....

36. Donnez les noms des médicaments que vous avez pris les 8 derniers jours :

37. Avez-vous - un dentier OUI NON
- un bridge ou des couronnes OUI NON
- des dents qui bougent OUI NON

38. Portez-vous des lentilles de contact? OUI NON

39. Etes-vous, d'après vous, en bonne santé actuellement?
(En dehors des problèmes pour lesquels vous êtes hospitalisé) OUI NON

40. POUR LES FEMMES :

a. Etes-vous (probablement) enceinte? OUI NON
b. Quelle est la date de vos dernières règles :
c. Prenez-vous la pilule anticonceptive? OUI NON

41. Remarques éventuelles :

.....
.....
.....

Date :

Signature :

(questpreopad)



H. Dunantlaan 5
B-9000 Gent

geert.vandendriessche@janpalfijngent.be
www.orthopedie-janpalfijn.be
www.janpalfijn.be

☎ POLI Orthopedie 09 / 224 85 80
☎ POLI Orthopedie 09 / 224 85 66
☎ SPOEDOPNAME 09 / 224 89 67