

B) QUESTIONNAIRE PRE-OPERATOIRE ENFANTS

Votre enfant va bientôt subir une anesthésie pour une intervention chirurgicale ou un examen. Il est très important que vous informiez en détail l'anesthésiste de son état de santé, de ses médicaments et de son anamnèse médicale pour que l'anesthésie se déroule en toute sécurité. Ainsi, certains médicaments que votre enfant prend peuvent provoquer des réactions anormales en combinaison avec certains produits ou techniques d'anesthésie. Certaines maladies ou opérations antérieures que vous avez/votre enfant a subies peuvent exiger maintenant une attention particulière de la part de l'anesthésiste. Vous pouvez éventuellement remplir ce formulaire avec l'aide de votre médecin traitant ou d'un infirmier. Dans l'intérêt de votre enfant, nous vous invitons à le **compléter de la manière la plus précise possible**. Ces informations relèvent bien entendu du secret professionnel médical. Avant l'anesthésie, vous pouvez si nécessaire discuter de problèmes spécifiques avec l'anesthésiste. Pour la sécurité de votre enfant, il est très important qu'il est à jeun pour une narcose. Voilà pourquoi il ne peut **plus rien boire ni manger au moins 6 heures avant l'anesthésie**.

* Entourez les mentions applicables.

Nom/prénom patient :

Date de naissance :

Tél. patient :

Groupe sanguin :

(remettez votre carte de groupe sanguin à l'infirmier)

Personne à contacter 1 :

Nom et prénom :

Tél. :

Parenté : partenaire/parent/famille

Personne à contacter 2 :

Nom et prénom :

Tél.:

Parenté : partenaire/parent/famille

1. **Données personnelles** : Age : ans Poids : kg Taille : cm

Quelle est votre conviction religieuse ?

2. **Opération, examen ou traitement que votre enfant va subir** :

Date de l'opération, de l'examen ou du traitement : /..... /.....

Nom de l'opération, de l'examen ou du traitement :

..... **A droite / à gauche ***

3. **Votre enfant a-t-il subi autrefois une opération sous anesthésie générale ou locale ?**

Si oui, veuillez nous informer lesquelles et quand ?

Oui Non*

Quelle opération ?

En quelle année

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

4. **Votre enfant a-t-il été hospitalisé avant ?**

Oui Non *

Si oui, pour quelles raisons et en quelle année ?

Raisons?

En quelle année

.....
.....

5. **Est-ce qu'il/elle a eu des problèmes ou complications après une anesthésie ?**

Oui Non *

Si oui, lesquels ?

.....

Dans votre famille, y a-t-il des personnes ayant eu des complications après une anesthésie ?

Si oui, lesquelles ?

.....

6. **Votre enfant a-t-il déjà eu une transfusion ?**

Oui Non *

Si oui, pour quelle raison ?

.....

7. **Seul pour les patients féminins : votre enfant est-elle (éventuellement) enceinte ?** **Oui Non ***

.....

8. Est-ce que votre enfant est sensible ou allergique aux :

Si oui, quelle réaction ?

Plantes, pollens, poussières	Oui	Non*	
Antibiotiques	Oui	Non*	Lesquels ?
Sparadraps	Oui	Non*	Lesquels ?
Médicaments	Oui	Non*	Lesquels ?
Aliments	Oui	Non*	Lesquels ?
Animaux	Oui	Non*	Lesquels ?
Autres	Oui	Non*	Lesquels ?

9. Habitudes

Votre enfant fume-t-il ?	Oui	Non*	Si oui, combien?	/jour, depuis	années
Boit-il/elle de l'alcool ?	Oui	Non*	Si oui,	verres/jour,	verres/semaine
Autres stimulants ?	Oui	Non*	Si oui, lesquels ?	fréquence :

Si votre enfant prend des stimulants, sachez qu'une opération ou anesthésie peuvent entraîner des situations critiques. Pour une anesthésie sûre, il est essentiel que l'anesthésiste soit bien informé sur tout ce que prend votre enfant.

10. Est-ce que votre enfant a ...

un dentier/appareil ?	Oui	Non*	un appareil auditif ?	Oui	Non*
des dents branlantes ?	Oui	Non*	pacemaker ?	Oui	Non*
des lunettes/lentilles ?	Oui	Non*	un prothèse de genou/	Oui	Non*
un stimulateur cérébral ?	Oui	Non*	hanche		
Autres ?					

11. Problèmes cardiaques

Est-ce que votre enfant souffre de problèmes cardiaques ?	Oui	Non*
Si oui, lesquels ?		
Est-il/elle vite essoufflé(e) ou oppressé(e) lors d'un effort?	Oui	Non*

12. Difficultés pulmonaires et respiratoires

Est-ce que votre enfant a des problèmes respiratoires ?	Oui	Non*
Si oui, lesquels ?		
A-t-il/elle déjà eu une affection pulmonaire grave ?	Oui	Non*
Si oui, laquelle ?		
Votre enfant a-t-il des glaires ?	Oui	Non*
A-t-il/elle une grippe ou un rhume pour l'instant ?	Oui	Non*

13. Affections du système nerveux

Est-ce que votre enfant est traité pour une névrose ?	Oui	Non*
Est-ce que votre enfant se sent extrêmement angoissé ou nerveux ?	Oui	Non*
Votre enfant souffre-t-il d'épilepsie ?	Oui	Non*
Votre enfant souffre-t-il de Parkinson ?	Oui	Non*

14. Est-ce que votre enfant a eu l'hépatite ?

Oui Non*

15. Est-ce que votre enfant est diabétique ?

Oui Non*

Est-ce qu'il/elle reçoit des injections d'insuline ?	Oui	Non*
Si oui, veuillez préciser le nom du produit, les unités et le(s) moment(s) d'injection		
.....		

16. Est-ce que votre enfant souffre d'autres maladies ?

Oui Non*

Des problèmes de coagulation*, un dysfonctionnement rénal*, des affections musculaires*, de l'autisme*, etc.		
Si oui, lesquelles ?		

17. Avez-vous d'autres données à signaler concernant la santé de votre enfant ou l'anesthésie ?

Si oui		
.....		

Je, patient (parent ou représentant) déclare avoir dûment complété le questionnaire et avoir reçu la brochure concernant les informations pré-opératoires.

Date: / / 20

Veillez mentionner 'Lu, compris et approuvé'

Nom et signature

LE SERVICE D'ANESTHESIE (Tél.: 011 69 91 15) VOUS REMERCIE POUR CES INFORMATIONS.

APERCU DES MEDICAMENTS PRIS A DOMICILE: (*entourez) rempli par moi-même, médecin de famille, pharmacien, famille, autre. **Pensez aussi aux:** allergies, intolérances et effets non désirés; si oui, lesquels ?

Est-ce que votre enfant utilise : des anticoagulants, des antidouleurs, des patches médicamenteux, des inhalateurs, des gouttes oculaires ou auriculaires, des pommades, de l'homéopathie, des somnifères, des médicaments hormonaux ou des médicaments 1x/semaine, 1x/mois ou en cas de besoin ?

NOM DU MEDICAMENT	DOSE/FORME	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT DE DORMIR

Preoperative checklist voor de afdeling: (A compléter par l'unité de soin)

- Nuchter:** laatst gedronken/...../20 uur:.....
 laatst gegeten/...../20 uur:..... diabetes patiënt
- Allergie:** Ja, welke:
 Neen

- Operatiestreek werd onthaard (klipper):** Ja ⇔ Links Rechts N.v.t.
- Tandprothese/gehoorapparaat/lenzen verwijderd AE-kousen indien van toepassing
 Make-up/nagellak/gelnagels verwijderd Juwelen/piercings verwijderd
 Preoperatieve vragenlijst ingevuld/afgetekend Check aanvraag bloedderivaten
 Patiënt heeft zijn toestemming (geïnformeerde toestemming) gegeven.

Vpk check 2: preoperatieve medische opdracht voor de verpleegafdeling

- Premedicatie toegediend N.v.t. Tijdstip toediening:..... uur
Gewicht: kg Atropinemg Xanaxmg Midazolanmg
- Profylactische antibiotica:
 Ciproxine 500 mg comp Tijdstip van toediening:uur vóór ingreep
 Tijdstip van toediening:uur vóór ingreep
- Andere:

Naam en paraaf verpleegkundige verpleegafdeling

Naam en paraaf verpleegkundige operatiekwartier