B) Questionnaire préopératif adultes

Vous allez bientôt subir une anesthésie pour une intervention chirurgicale ou un examen. Il est très important que vous informiez en détail l'anesthésiste de votre état de santé, de vos médicaments et de votre anamnèse médicale pour que l'anesthésie se déroule en toute sécurité. Ainsi, certains médicaments que vous prenez peuvent provoquer des réactions anormales en combinaison avec certains produits ou techniques d'anesthésie. Certaines maladies ou opérations antérieures que vous avez 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 votre intérêt, 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. Dans votre intérêt, il est recommandé* ***dès maintenant d'arrêter de fumer****. Pour votre propre sécurité, il est très important d'être à jeun pour une narcose. Voilà pourquoi vous ne pouvez 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 à 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. Avez-vous subi autrefois une opération sous anesthésie générale ou locale? **Oui** **Non ***

Si oui, veuillez nous informer lesquelles et quand ?

Quelle opération? En quelle année?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Avez-vous déjà été hospitalisé avant ? **Oui** **Non ***

Si oui, pour quelles raisons et en quelle année ?

Raisons? En quelle année ?

.....

.....

5. Avez-vous 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. Avez-vous déjà eu une transfusion ? **Oui** **Non ***

Si oui, pour quelle raison ?

.....

7. Seul pour les patients féminins: êtes-vous enceinte ou éventuellement enceinte ? **Oui** **Non ***

.....

8. Etes-vous 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 ?

Fumez-vous ? **Oui** **Non*** Si oui, combien? ...../jour, depuis ..... années

Buvez-vous de l'alcool ? **Oui** **Non*** Si oui, ... verres/jour, ... verres/semaine

Prenez-vous d'autres stimulants? **Oui** **Non*** Si oui, lesquels? ..... fréquence: .....

Si vous prenez 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 de tout ce que vous prenez.

10. Avez-vous ...

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

Autres? .....

11. Problèmes cardiaques

Souffrez-vous de problèmes cardiaques (sensation d'angoisse ou douleur à la poitrine, crise cardiaque, palpitations cardiaques ? Si oui, lesquels	**Oui** **Non***
Souffrez-vous d'hypertension ? Prenez-vous des médicaments contre l'hypertension ?	**Oui** **Non***
Souffrez-vous parfois d'hypotension ? Prenez-vous des médicaments contre l'hypotension ?	**Oui** **Non***
Etes-vous vite essoufflé ou oppressé lors d'un effort ?	**Oui** **Non***
Etes-vous vite essoufflé ou oppressé au repos ?	**Oui** **Non***
Avez-vous parfois des jambes ou pieds gonflés ?	**Oui** **Non***
Souffrez-vous de varices ?	**Oui** **Non***
Avez-vous déjà eu une phlébite (ou une inflammation des vaisseaux sanguins) ?	**Oui** **Non***

12. Difficultés pulmonaires et respiratoires

Avez-vous des problèmes respiratoires ?	**Oui** **Non***
Si oui, lesquels ?	
Avez-vous eu déjà une affection pulmonaire grave ?	**Oui** **Non***
Si oui, lesquels ?	
Toussez-vous, avez-vous des glaires ?	**Oui** **Non***
Avez-vous pour l'instant une grippe ou un rhume ?	**Oui** **Non***

13. Affections du système nerveux

Etes-vous traité pour une névrose ?	**Oui** **Non***
Vous sentez-vous extrêmement angoissé ou nerveux ?	**Oui** **Non***
Souffrez-vous d'épilepsie ?	**Oui** **Non***
Souffrez-vous de Parkinson ?	**Oui** **Non***

14. Souffrez-vous de douleurs dans le dos ? **Oui** **Non***

15. Souffrez-vous d'un dysfonctionnement rénal ? **Oui** **Non***

16. Avez-vous eu l'hépatite ? **Oui** **Non***

17. Etes-vous diabétique ? **Oui** **Non***

Recevez-vous des injections d'insuline ? **Oui** **Non***

Si oui, veuillez préciser le nom du produit, les unités et le(s) moment(s) d'injection

.....

18. Souffrez-vous d'autres maladies ? **Oui** **Non***

Des problèmes de coagulation*, des affections musculaires*, etc.

Si oui, lesquelles ? .....

19. Avez-vous d'autres données à signaler concernant votre santé 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-opératives. *Date :* ...../...../.....

Veuillez 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:** allgergies, intolérances et effets non désirés; si oui, lesquels ? **Utilisez-vous :** 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 MEDICAMENT	DOSE/FORME	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT DE DORMIR

Preoperatieve checklist voor de verpleegafdeling: *(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

❑ Document voor geïnformeerde toestemming (Informed Consent) is aanwezig en getekend.

Preoperatieve medische opdracht voor de verpleegafdeling:

- Profylactische antibiotica:
- Ciproxine 500 mg comp Tijdstip van toediening: .....uur vóór ingreep ❑ Uitgevoerd
- ..... Tijdstip van toediening: .....uur vóór ingreep ❑ Uitgevoerd
- Nefroprotectie:

Naam en paraaf verpleegkundige verpleegafdeling **Naam en paraaf verpleegkundige operatiekwartier**