B) Questionnaire pré-opératoire 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 réligieuse? .....

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, lesquels ?
.....

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 ..... ans
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 critique. 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***	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
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 nevrose ? **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'ille/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* .....

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:** 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

Preoperatieve 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
❑ Make-up/nagellak/gelnagels verwijderd
❑ Preoperatieve vragenlijst ingevuld/afgetekend
❑ Patiënt heeft zijn toestemming (geïnformeerde toestemming) gegeven.
❑ AE-kousen indien van toepassing
❑ Juwelen/piercings verwijderd
❑ Check aanvraag bloedderivaten

Vpk check 2: preoperatieve medische opdracht voor de verpleegafdeling
- Premedicatie toegediend ❑ N.v.t. Tijdstip toediening:..... uur
  Gewicht: ..... kg ❑ Atropine .....mg ❑ Xanax .....mg ❑ Midazolan .....mg
- 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