www.chirec.be

HÔPITAL DE BRAINE-L'ALLEUD - WATERLOO
Rue Wayez 35 - 1420 Braine l'Alleud
Secrétariat : 02/434.95.55

HÔPITAL DELTA
Boulevard du Triomphe 201 - 1160 Bruxelles
Secrétariat : 02/434.81.73

MERCI DE COMPLETER L'ENTIERETE DE CE QUESTIONNAIRE ET DE L'APPORTER AU SECRETARIAT de PMA OU DE L'ENVOYER PAR MAIL DANS LES 24H :
pma@chirec.be (pour le secrétariat PMA de Delta) - pma.hbw@chirec.be (pour le secrétariat PMA de Braine-l'Alleud)

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIE

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
N° de TEL/GSM :.....
Email : .....

Poids : .....
Taille : .....
Chirurgien / Médecin : .....
Type d'opération : .....
Date opératoire : .....

Coordonnées de votre médecin traitant : .....

1) Êtes-vous allergique (médicament, aliment, latex,...) ? OUI ☐ / NON ☐

Si OUI, spécifiez et détaillez la réaction allergique : .....

.....

.....

2) Fumez-vous ? OUI ☐ / NON ☐

3) Buvez-vous de l'alcool ? OUI ☐ / NON ☐

4) Évaluation cardiaque *(Cochez votre réponse)*

Vous vous considérez plutôt...	Sportif	Sédentaire
Si sportif, type de sport et fréquence		
Êtes-vous physiquement capable de monter 2 étages d'escalier ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous le coeur qui bat rapidement au repos ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous des douleurs ou des gênes dans la poitrine, le bras, la mâchoire ou l'estomac **lors d'un effort** ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous des douleurs ou des gênes dans la poitrine, le bras, la mâchoire ou l'estomac **au repos** ?	☐ Oui	☐ Non
Votre père et/ou mère ont-ils eu des problèmes cardiaques ?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, lesquel(s) ?		
Êtes-vous suivi(e) par un cardiologue ?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, quel est son nom ?		
Date de la dernière consultation chez le cardiologue	...../...../.....	

N'oubliez-pas, ce questionnaire comprend plusieurs pages. →

5) Évaluation de la coagulation *(Cochez votre réponse)*

Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention ? *(Ex.: extractions dentaires, amygdales, végétations ou circoncision, ...)*	☐ Oui	☐ Non
Saignez-vous régulièrement du nez et/ou des gencives ?	☐ Oui	☐ Non
Si vous êtes une femme, avez-vous des règles abondantes ?	☐ Oui	☐ Non
Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants ? *(Ex.: maladie de Von Willebrand, hémophilie, ...)*	☐ Oui	☐ Non

6) Listes des principales maladies (*Cochez votre réponse)*

Diabète Type I ou Type II	☐Oui	☐Non	Apnées du sommeil	☐Oui	☐Non
Hypertension artérielle	☐Oui	☐Non	Trouble du rythme cardiaque	☐Oui	☐Non
Hypercholestérolémie	☐Oui	☐Non	Maladie cardiaque	☐Oui	☐Non
Asthme	☐Oui	☐Non	Si oui, spécifiez :		
Hypo/Hyperthyroïdie	☐Oui	☐Non	Maladie pulmonaire	☐Oui	☐Non
Épilepsie	☐Oui	☐Non	Si oui, spécifiez :		
AVC / AIT	☐Oui	☐Non			

7) Êtes-vous atteint d'une ou plusieurs autres maladies non reprises dans le tableau ci-dessus ? OUI ☐ / NON ☐

Si OUI, spécifiez : .....

.....

8) Avez-vous déjà été opéré ? OUI ☐ / NON ☐

Si OUI, spécifiez : .....

.....

9) Avez-vous déjà été hospitalisé (hors chirurgie) ? OUI ☐ / NON ☐

Si OUI, spécifiez : .....

.....

10) Avez-vous déjà eu des problèmes liés à l'anesthésie ? OUI ☐ / NON ☐

Si OUI, spécifiez : .....

.....

11) Portez-vous des prothèses dentaires ? OUI ☐ / NON ☐

Avez-vous des remarques relatives à votre intervention que vous estimez importantes à nous communiquer avant la procédure ?

.....

12) Liste des médicaments / compléments alimentaires que vous prenez actuellement :

Régulier	Au besoin	Nom et forme du médicament / complément alimentaire	Dosage	Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher	**Remarques éventuelles** Fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma
☐	☐	*Ex : Ledertrexate comprimé*	*2,5 mg*	*4*					*1x/semaine, le jeudi*
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								
☐	☐								

Pensez-bien à toutes les formes...

Comprimés et/ou gélules ?	Crème ou gel ?
Spray nasal ?	Gouttes ou sirop ?
Injection ?	Suppositoire (voie rectale) ou ovule (voie vaginale) ?
Inhalateur, puff ou aérosol ?	Préparation magistrale (réalisée par le pharmacien d'officine) ?
Patch (colle sur la peau) ?	Collyres ?

13) Afin de vous prendre en charge le plus adéquatement possible durant votre séjour, avez-vous été dépisté positif les 12 derniers mois pour une bactérie résistante à plusieurs antibiotiques (types MRSA, 0XA48, VRE, VIM, ...) ? OUI ☐ / NON ☐

☐OUI, lors d'un frottis du nez/gorge (précisez la bactérie si vous la connaissez) : .....

☐OUI, lors d'un frottis rectal (précisez la bactérie si vous la connaissez) : .....

Si OUI : l'anesthésiste prendra contact avec l'équipe PCI du site qui vérifiera le portage éventuel.

Ce document est soumis au secret médical, il est important que les informations qui s'y trouvent soient les plus complètes possibles.

En signant ce document, vous attestez que toutes les informations qui s'y trouvent sont vraies et que vous avez bien pris connaissance des informations relatives à la prise en charge d'anesthésie comprises dans le dossier que vous avez reçu.

Date et signature :

Merci du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire et de nous le remettre dans les 24h pour nous permettre de compléter votre prise en charge préopératoire.