

# Questionnaire médical : consultation pré-anesthésique

Site de Godinne

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NÉ(E) LE : ..... / ..... / .....

INTERVENTION PRÉVUE : .....

LE ..... / ..... / .....

POIDS : .....kg TAILLE : .....cm

*Étiquette du patient*

## I) Antécédents médicaux :

- Avez-vous souffert ou souffrez-vous :
- d'hypertension artérielle ?  non  oui
  - d'angine de poitrine ?  non  oui
- Avez-vous fait un infarctus cardiaque ?  non  oui
- Avez-vous eu des troubles du rythme cardiaque ?  non  oui
- Avez-vous un pacemaker et / ou un défibrillateur ?  non  oui
- Avez-vous eu des phlébites ?  non  oui

- Avez-vous souffert ou souffrez-vous :
- d'asthme ?  non  oui
  - de bronchite chronique ?  non  oui
  - d'emphysème ?  non  oui
  - d'embolie pulmonaire ?  non  oui
- Dormez-vous avec une Cpap pour un Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil ?  non  oui

- Avez-vous (eu) un ulcère de l'estomac /du duodénum ?  non  oui
- Avez-vous (eu) une œsophagite ?  non  oui
- Avez-vous (eu) une hernie hiatale ?  non  oui
- Avez-vous eu une hépatite (jaunisse) ?  non  oui
- Si oui, laquelle  hépatite A  hépatite B  hépatite C

- Avez-vous souffert ou souffrez-vous :
- de diabète ?  non  oui
  - de la thyroïde ?  non  oui
  - de dépression ?  non  oui
  - de migraine ?  non  oui
  - d'épilepsie ?  non  oui
  - de la maladie de Parkinson ?  non  oui

- de myopathie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
- Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ Si oui, quand ?	.....	
En avez-vous gardé des séquelles ?		
- Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'autres maladies ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ Si oui, lesquelles ?	.....	
	.....	

**II) Antécédents chirurgicaux :**

- Avez-vous déjà été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
- Si oui, veuillez détailler vos interventions :		
.....	Quand ?	.....
.....	Quand ?	.....
.....	Quand ?	.....
.....	Quand ?	.....
.....	Quand ?	.....
.....	Quand ?	.....
.....	Quand ?	.....
.....	Quand ?	.....
.....	Quand ?	.....

**III) Antécédents anesthésiques :**

- Un membre de votre famille a-t-il présenté un problème lors d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ lequel :	.....	
- Avez-vous déjà eu une anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ Si oui :		
- avez-vous eu des complications <u>pendant</u> l'anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
→ lesquelles :	.....	
- avez-vous eu des complications <u>après</u> l'anesthésie ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
- lesquelles :	.....	

**IV) Allergies :**

- Avez-vous présenté une allergie et/ou intolérance ?			Décrivez la réaction :
- À un aliment	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	→ lequel ? ..... → .....
- À un désinfectant cutané	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	→ lequel ? ..... → .....
- Au latex	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	→ lequel ? ..... → .....
- À certains médicaments	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	→ lequel ? ..... → .....
- À autre chose	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	→ lequel ? ..... → .....

**V) Médicaments et Toxiques :**

**CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES BOISSONS ALCOOLISEES?**  oui  non

Si oui, lesquelles et quelle quantité par jour? . . . . .

**CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DU CANNABIS OU AUTRES DROGUES?**  oui  non


Si oui, lesquelles et quelle quantité par jour? . . . . .

**Questionnaire médicaments**

Chère patiente, Cher patient,  
 Merci de compléter le questionnaire ci-dessous **dès** votre admission/consultation ; il permettra au personnel médical, paramédical et infirmier de connaître **TOUT** votre traitement afin de vous assurer une prise en charge optimale. Connaître vos médicaments, c'est important ! Si vous avez déjà établi une autre liste complète et mise à jour de vos médicaments, veuillez la présenter au médecin dès votre arrivée.

**Pourquoi est-ce important de compléter ce questionnaire ?**

- Le motif de votre admission/consultation est peut-être lié à l'un de vos médicaments
- Cela évite les erreurs médicamenteuses en cas d'hospitalisation.
- Un nouveau médicament peut avoir des interactions avec votre traitement habituel.
- Certains médicaments doivent être temporairement arrêtés ou modifiés en fonction de la raison de votre hospitalisation.



Liste complétée le : ...../...../.....  <b>Personne qui s'occupe de mes médicaments :</b> <input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Autre : ..... Tél / GSM :...../..... <b>Avez-vous un pharmacien de référence :</b> Nom :..... Tél :...../.....	<b>Etiquette PATIENT ou</b>  <b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Date de Naissance :</b> ...../...../.....
---	--

Nom et forme du médicament	DOSAGE	MATIN	MIDI	APRES-MIDI	SOIR	COUCHER	INDICATIONS (raison de la prise du médicament) et REMARQUES EVENTUELLES (fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma)
Exemple : Médicament A <sup>®</sup> comprimé	2,5 MG	3					Pas tous les jours mais 3 comprimés en 1 fois le jeudi

**ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME DE COMPRIMES / GELULES ou LIQUIDE ou SIROP ?**


Nom et forme du médicament	DOSAGE	MATIN	MIDI	APRES-MIDI	SOIR	COUCHER	INDICATIONS (raison de la prise du médicament) et REMARQUES EVENTUELLES (fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma)
<b>ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME D'INHALATEUR, PUFF OU AEROSOL ?</b>							
<b>ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME DE PATCH (COLLE A LA PEAU) ? APPLIQUEZ-VOUS UNE CREME/POMMADE OU UN GEL ?</b>							
<b>ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME DE GOUTTES OU DE SPRAYS ? (POUR LA BOUCHE, LE NEZ, LES YEUX OU LES OREILLES... ?)</b>							
<b>ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME D'INJECTION ? (PIQURE SOUS LA PEAU, PERFUSION A L'HOPITAL)</b>							
<b>ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS D'AUTRES MEDICAMENTS COMME DES SUPPOSITOIRES ? DES OVULES ?</b>							
<b>Avez-vous pensé :</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aux médicaments contre la DOULEUR ?</li> <li>▪ aux médicaments pour vous AIDER À VOUS ENDORMIR OU À VOUS DÉTENDRE ?</li> <li>▪ aux médicaments DISPONIBLES SANS PRESCRIPTION (vitamines, plantes, homéopathie, compléments alimentaires...) ?</li> </ul>							

<b>CE DERNIER MOIS, Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS DANS VOTRE TRAITEMENT ?</b>		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ex. : médicament ajouté / antibiotique / médicament arrêté / modification de dosage / effet indésirable...		
<b>Si OUI,</b>		
Lesquels ? . . . . .		
Pourquoi ? . . . . .		
<b>AVEZ-VOUS DEJA PRESENTE DES ALLERGIES ET/OU INTOLERANCES A CERTAINS MEDICAMENTS ?</b>		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Quels médicaments ? . . . . .		
<input type="checkbox"/> Décrivez la réaction : . . . . .		
<b>PENSEZ-VOUS QUE LE TRAITEMENT REPRIS CI-DESSUS SOIT COMPLET ?</b>		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Les informations communiquées dans ce questionnaire seront prises en considération au moment où nous le recevons. Nous vous rappelons qu'il est essentiel de signaler tout changement à chaque visite chez un prestataire de soins.

**Merci pour votre collaboration !**

Le Groupe Qualité et le Service de Pharmacie Clinique

### VI) Anamnèse cardiovasculaire

- Éprouvez-vous parfois une gêne ou une douleur dans la poitrine, le bras ou la mâchoire :

- lors d'un effort ?  non  oui
- au repos ?  non  oui

- Êtes-vous facilement essoufflé(e) :

- lors d'un effort physique intense ?  non  oui
- lors d'un effort physique modéré ?  non  oui
- au repos ?  non  oui

- Pouvez-vous monter deux volées d'escalier sans être essoufflé(e)  non (< 4 METs)  oui (> 4 METs)

- Quel sport pratiquez-vous ?  Randonnée  Golf (5-9 METs)  Natation  Tennis  Football (>10 METs)

- Avez-vous des palpitations cardiaques ?

- lors d'un effort ?  non  oui
- au repos ?  non  oui

- Faites-vous des syncopes (pertes de connaissance)?  non  oui

- Avez-vous des difficultés respiratoires durant la nuit ?  non  oui

- Avez-vous consulté un **cardiologue** durant ces 12 derniers mois ?  non  oui

→ Si oui : Nom ..... Lieu (hôpital ou privé) : .....

### VII) Anamnèse respiratoire

- Toussez-vous actuellement ?  non  oui

- Expectorez-vous actuellement ?  non  oui

- Êtes-vous sous oxygène ?

→ si oui : ..... litre(s) par minute ; pendant ..... heure(s) par jour

- Fumez-vous ?  non  oui

→ Si oui, cigarettes /autre : ..... Nbre/jour : ..... Depuis quel âge ? : .....

- Souffrez-vous d'asthme :  non  oui

- Avez-vous consulté un **pneumologue** durant ces 12 derniers mois ?  non  oui

→ Si oui : Nom ..... Lieu (hôpital ou privé) : .....

### VIII) Anamnèse digestive et nutritionnelle

- Avez-vous le « brûlant » ?  non  oui

- Quel est votre poids habituel ? .....kg

- Avez-vous perdu du poids ?  non  oui

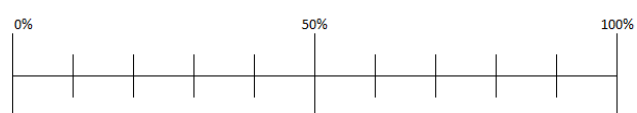
→ Si oui, merci de compléter ci-dessous :

- Cette perte de poids était-elle volontaire ?  non  oui

→ Si la perte de poids n'était pas volontaire :

- combien de kilos avez-vous perdus ? ..... kg
- en combien de temps : .....

Pouvez-vous estimer vos prises alimentaires sur la ligne ci-dessous en fonction de ce que vous mangiez AVANT votre perte de poids involontaire :



(0% = je ne mange plus rien    50% = je mange la moitié par rapport à avant    100% = je mange normalement)

### IX) Anamnèse endocrinologique

- Pour les patients souffrant de diabète : → quelle est la date de votre dernier contrôle? . . . . .
- Pour les patients souffrant de la thyroïde : → quelle est la date de votre dernier contrôle? . . . . .

### X) Dépistage du syndrome d'apnée obstructive du sommeil :

- Ronflez-vous bruyamment, plusieurs fois par semaine, en l'absence de toute consommation d'alcool ?
  - non  oui  je ne sais pas
- Les ronflements sont-ils entrecoupés d'apnées avec reprise respiratoire bruyante ?
  - non  oui  je ne sais pas
- Vous réveillez-vous en sursaut plusieurs fois par semaine avec l'impression d'étouffer ?
  - non  oui
- Estimez-vous votre sommeil réparateur ?  
(pour autant d'avoir dormi dans de bonnes conditions : qualité/quantité)
  - non  oui

Quel est le risque de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes :	Jamais (= 0)	Parfois (= 1)	Souvent (= 2)	Toujours (= 3)
Assis(e) en train de lire				
Assis(e) inactif(-ve) dans un lieu public				
Assis(e) tranquillement après un repas sans alcool				
Assis(e) en regardant la TV				
Assis(e) en parlant à quelqu'un				
En voiture comme passager(-ère) durant un trajet d'une heure				
En voiture comme conducteur(-trice) à l'arrêt dans le trafic				
Couché(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent				

### XI) Anamnèse hématologique

- Avez-vous saigné longtemps après une morsure de langue, de lèvre ou de joue ?  non  oui
- Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction dentaire?  non  oui
- L'hémorragie a-t-elle recommencé après 24h, nécessitant une consultation pour traitement dentaire ou médical ?  non  oui
- Avez-vous eu des saignements prolongés après des opérations mineures telles qu'adénoïdectomie, amygdalectomie, appendicectomie, circoncision, suture de plaie ?  non  oui
- Les incidents précédents se sont-ils produits chez des parents ou des hommes du côté maternel ?  non  oui
- Faites-vous facilement des ecchymoses (bleus) sans cause apparente ?  non  oui
- Si oui, quel est le diamètre ? .....cm
- Avez-vous déjà consulté un médecin pour arrêter un saignement de nez ?  non  oui
- Avez-vous subi un tamponnement dans le nez par l'ORL?  non  oui

**POUR LES FEMMES :** êtes-vous enceinte ?  non  oui

**QUESTIONNAIRE REMPLI PAR :**  vous-même  votre médecin traitant  une autre personne (précisez : .....)