

Questionnaire médical : consultation pré-anesthésique

Site de Godinne

NOM : PRÉNOM :

NÉ(E) LE : / /

INTERVENTION PRÉVUE :

LE / /

POIDS :kg TAILLE :cm



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 ?

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

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 [®] 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)
ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME D'INHALATEUR, PUFF OU AEROSOL ?							
ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME DE PATCH (COLLE A LA PEAU) ? APPLIQUEZ-VOUS UNE CREME/POMMADE OU UN GEL ?							
ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME DE GOUTTES OU DE SPRAYS ? (POUR LA BOUCHE, LE NEZ, LES YEUX OU LES OREILLES... ?)							
ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS SOUS FORME D'INJECTION ? (PIQURE SOUS LA PEAU, PERFUSION A L'HOPITAL)							
ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS D'AUTRES MEDICAMENTS COMME DES SUPPOSITOIRES ? DES OVULES ?							
Avez-vous pensé :							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ aux médicaments contre la DOULEUR ? ▪ aux médicaments pour vous AIDER À VOUS ENDORMIR OU À VOUS DÉTENDRE ? ▪ aux médicaments DISPONIBLES SANS PRESCRIPTION (vitamines, plantes, homéopathie, compléments alimentaires...) ? 							

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