

Service d'anesthésiologie

PRÉHABILITATION

Vous préparer à votre chirurgie ensemble,
notre priorité

📍 Godinne

Identification du patient :



CHU
— UCL —
NAMUR

INTRODUCTION

Cher patient,

Dans le cadre de votre prochaine chirurgie, vous bénéficierez d'un programme de préparation (préhabilitation).

À travers, cette brochure, nous vous expliquerons pas à pas les différents composants de ce programme de préparation.

Lors de votre consultation préanesthésique, vous recevrez de plus amples informations.

Pour préparer cette consultation, nous vous demandons déjà de bien vouloir **compléter les questionnaires en page 6, 7, 8, 9, 10 et 11.**

Nous vous souhaitons une bonne préparation.

Toute notre équipe se tient à votre disposition.

Cette brochure est à conserver et à compléter tout au long de votre parcours. Une fois la préhabilitation terminée, merci de la remettre complétée à votre coordinateur préhabilitation.



PRÉHABILITATION

La préhabilitation est un programme de préparation physique, nutritionnel et psychologique instauré **AVANT** l'intervention chirurgicale. Comme cela se fait avant une course.

Elle démarre 4 à 6 semaines avant l'intervention chirurgicale.

BUT

Limiter les complications postopératoires et offrir une hospitalisation plus courte.

BUT

Améliorer la vitesse de récupération après une chirurgie avec un retour plus précoce aux activités quotidiennes, une diminution de la durée de l'arrêt de travail...

MAIS AUSSI

- Vous permettre de devenir acteur de votre prise en charge en prenant une part active à votre préparation.
- Mieux appréhender la chirurgie qui vous est proposée.

PRÉHABILITATION : 3 PILIERS

1

PRÉPARATION NUTRITIONNELLE

Elle débute par le dépistage et la prise en charge de la dénutrition.

Elle consiste également en la mise en place de la pharmaconutrition (Oral Impact), si nécessaire.

Enfin, des compléments oraux adaptés vous seront proposés dans les 30 minutes qui suivent vos exercices.

2

PRÉPARATION PSYCHOLOGIQUE

Le but est de vous encourager à atteindre ces objectifs. Vous serez contacté.e une fois par semaine par notre coordinateur.

3

PRÉPARATION PHYSIQUE

- Réalisation d'exercices d'endurance et de renforcement musculaire d'intensité modérée, à raison de 3 à 5 séances par semaine pour une durée de 4 semaines. Trois de ces séances seront réalisées chez le kinésithérapeute de votre choix.
- Réalisation d'exercices respiratoires au moyen d'un dispositif qui vous sera remis lors de votre première consultation.

C'est parti...
la brochure vous guide étape par étape

ÉTAPE 0 →

PREMIÈRE CONSULTATION

ÉTAPE 1 →

PREMIÈRE SEMAINE DE PRÉHABILITATION

ÉTAPE 2 →

DEUXIÈME SEMAINE DE PRÉHABILITATION

ÉTAPE 3 →

TROISIÈME SEMAINE DE PRÉHABILITATION

ÉTAPE 4 →

QUATRIÈME SEMAINE DE PRÉHABILITATION

ÉTAPE 5 →

BILAN POST-PRÉHABILITATION

PREMIÈRE CONSULTATION

Nous vous demandons de compléter 5 questionnaires. Certaines questions peuvent vous sembler répétitives mais ces divers questionnaires nous permettent de mieux connaître votre niveau d'activité et vous proposer ainsi le programme de préhabilitation le plus adapté.

1^{er} QUESTIONNAIRE : PERFORMANCE STATUS OMS

PERFORMANCE STATUS PS KARNOFSKY 	Cotation	État général du patient
100-90 0	0	Activité normale.
90-70 1	1	Capable de réaliser des tâches/activités ménagères.
70-50 2	2	Incapable de travailler, capable de s'occuper de lui-même, debout plus de 50% du temps de veille.
50-20 3	3	Confiné au lit ou au fauteuil plus de 50% du temps de veille.
<20 4	4	Confiné au lit et incapable de s'occuper de lui-même.

2^e QUESTIONNAIRE : DASI SCORE

Pouvez-vous vous occuper de vous-même (vous nourrir, vous habiller, vous laver, aller aux toilettes) ?	Oui - Non	2,75
Pouvez-vous vous déplacer à l'intérieur de votre logement en marchant ?	Oui - Non	1,75
Pouvez-vous marcher 200m sur un terrain plat ?	Oui - Non	2,75
Pouvez-vous monter un escalier (1 ou 2 étages) ou une côte ?	Oui - Non	5,50
Pouvez-vous courir une courte distance ?	Oui - Non	8,00
Pouvez-vous réaliser des activités ménagères légères (la vaisselle, faire les poussières) ?	Oui - Non	2,70
Pouvez-vous effectuer des activités ménagères modérées (passer l'aspirateur, la serpillière ou porter les courses) ?	Oui - Non	3,50
Pouvez-vous accomplir des activités ménagères intenses (faire les vitres, déplacer des meubles lourds) ?	Oui - Non	8,00
Pouvez-vous exécuter des activités de jardinage (ratisser les feuilles, désherber, passer la tondeuse à gazon) ?	Oui - Non	4,50
Pouvez-vous pratiquer une activité sportive modérée (danse, tennis en double, golf, tirer dans un ballon de foot, marche rapide, vélo modéré, aquagym) ?	Oui - Non	6,00
Pouvez-vous pratiquer une activité sportive intense (course, natation, vélo sportif, tennis en simple, football, basketball, ski) ?	Oui - Non	7,50

3^e QUESTIONNAIRE : EDMONTON (SI > 70 ANS)

EDMONTON FRAIL SCALE	
Cognitif	Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10.
Santé générale	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis.e à l'hôpital?
	En général, comment appréciez-vous votre santé ?
Autonomie fonctionnelle	Pour combien des 8 activités suivantes avez-vous besoin de l'aide :
Support social	Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord pour vous aider et qui est en mesure de vous aider ?
Médicaments	Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus ?
	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit ?
Nutrition	Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges ?
Humeur	Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé.e ?
Continence	Avez-vous des pertes urinaires ?
Performance fonctionnelle	Test «Up and go chronometer» (sera réalisé le jour de votre consultation par le médecin). <i>Assez-vous tranquillement sur une chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et revenez vous asseoir.</i>

Entourer l'évaluation faite et additionner les points

Score : /17

	0 pas d'erreur 1 erreurs mineures de positionnement 2 autres erreurs
☐ aucune ☐ 1 à 2 fois ☐ 3 fois ou plus	0 aucune / 1 1-2 / 2 3
☐ excellent, très bon, bon ☐ correct, passable ☐ mauvais	0 excellent / 1 correct / 2 mauvais
Déplacements - Courses - Préparer les repas - Faire le ménage - Téléphoner - Gérer vos médicaments - Gérer vos finances - Faire la lessive	0 0-1 / 1 2-4 / 2 5-8
☐ toujours ☐ parfois ☐ jamais	0 toujours / 1 parfois / 2 jamais
☐ non ☐ oui	0 non / 1 oui
☐ non ☐ oui	
☐ non ☐ oui	0 non / 1 oui
☐ non ☐ oui	0 non / 1 oui
☐ non ☐ oui	0 non / 1 oui
☐ 0 à 10 secondes ☐ 11 à 20 secondes ☐ plus de 20 secondes ou assistance ou refus = impossibilité ?	0 1 2

0-3 non fragile / 4-5 légèrement fragile / 6-8 modérément fragile / 9-17 sévèrement fragile

4^e QUESTIONNAIRE : AMSTERDAM PREOPERATIVE ANXIETY AND INFORMATION SCALE

Nous vous demandons maintenant de répondre aux questions reprises dans ce tableau. Choisissez un chiffre pour chaque réponse.

Par exemple, pour la première question, si vous êtes peu préoccupé par l'anesthésie, choisissez 1. Si au contraire, vous êtes fortement préoccupé par l'anesthésie, vous choisissez 5.

	Item	1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	Je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

5^e QUESTIONNAIRE : DÉPISTAGE NUTRITIONNEL

Quel est votre poids habituel (le poids avant la maladie) ?

- kg

Quel est votre poids actuel ?

- kg

Quelle est votre taille ?

-cm

Avez-vous récemment perdu du poids ? Oui - Non

Si oui,

- combien ?kg
- en combien de temps ?

Nous vous demandons d'évaluer (en quantité) ce que vous mangez maintenant par rapport à avant au moyen de l'échelle ci-dessous.



PREMIÈRE CONSULTATION

Votre programme se décline donc en plusieurs axes :

- 3 séances hebdomadaires chez **le kiné** de votre choix
 - page 13
- **Des exercices à domicile** les 4 autres jours de la semaine
 - page 14 à 16
- **Des exercices respiratoires** à domicile (3 séances par jour) au moyen du spiromètre Voldyne
 - page 17
- La prise quotidienne **d'un complément hyperprotéiné** dans les 30 minutes qui suivent chaque séance d'activité.
 - page 18
- **Une pharmaconutrition (si nécessaire)** dans les 5 à 7 jours qui précèdent l'intervention
 - page 19

VOTRE PROGRAMME : EXERCICES PHYSIQUES

NOTEZ ICI LES COORDONNÉES DU KINÉ DE VOTRE CHOIX.

Nom :

Prénom :

Tél. :

Éléments à transmettre à votre kiné :

Réalisation de **3 séances/semaine** au cabinet du kiné de votre choix.

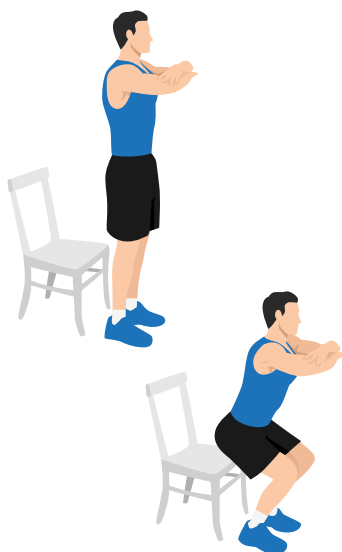
Chaque séance dure environ **1 heure** et comprend :

- › Kiné respiratoire :
 - Cinèses inspiratoires
 - Cinèses expiratoires (préparation à la toux)
 - Apprentissage des techniques d'auto-désencombrement, toux (AFE), bouteille à souffler, drainage autogène, pause télé inspiratoire,...
- › Exercices d'endurance
 - Tapis ou vélo
- › Exercices de résistance



Les 4 autres jours de la semaine, nous vous demandons de réaliser le programme d'exercice repris ci-après à votre domicile

LES SQUATS AVEC CHAISE



- Pieds largeur du bassin.
- Le regard reste droit.
- Contractez les abdominaux.
- Les épaules restent basses, la poitrine est orientée vers le haut et les coudes vers le bas.
- Le poids du corps est à 75% sur les talons.
- Lors de la descente, imaginez-vous vous asseoir sur une chaise.
- Fléchissez les genoux jusqu'à 90°.
- Remontez en gardant le regard droit, contractez les fessiers.
- Inspirez en descendant, expirez en remontant.

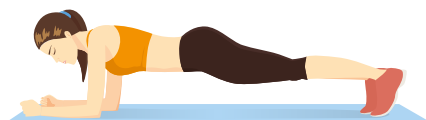
LES MOLLETS



- Tenez-vous droit (alignement tête, épaules, bassin) et gardez le dos plat.
- Contractez la ceinture abdominale.
- Décollez les talons du sol pour arriver sur la pointe des pieds.
- Maintenez la position 3 secondes.

GAINAGE ABDOMINAL

- Positionnez les coudes et poignets à largeur des épaules.
- Prenez appui sur la pointe des pieds ou sur les genoux selon le niveau de difficulté souhaité.
- Le dos doit rester plat.
- Contractez les abdominaux.
- Réaliser 4 séries de 15 secondes puis augmentez progressivement (4 x 20 secondes,...).



LES ESCALIERS

Privilégiez au maximum les escaliers plutôt que l'ascenseur, que ce soit en montée ou en descente.



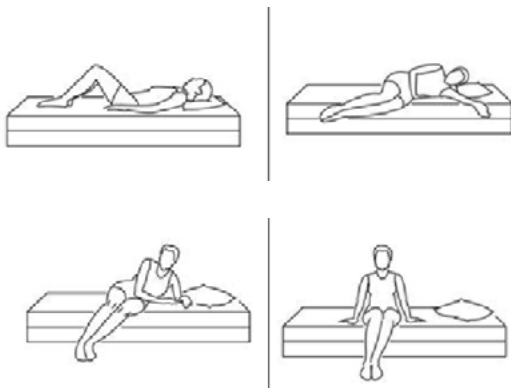
LE REDRESSEMENT DU DOS



- Tenez-vous droit (alignement tête, épaules, bassin) et gardez le dos plat.
- Fléchissez lentement la colonne lombaire et thoracique vers l'avant puis redressez-vous.
- Le mouvement doit être contrôlé, le dos reste plat.
- La position finale est semblable à la position initiale.
- Le bassin reste fixe.
- Inspirez en descendant, expirez en remontant.

LA SORTIE DU LIT

- Allongé.e sur le dos, tournez-vous sur le côté.
- Laissez tomber les pieds hors du lit et poussez sur votre coude et votre main pour vous asseoir.
- Une fois assis au bord du lit, vous pouvez vous lever sans danger.



VOTRE PROGRAMME : EXERCICES RESPIRATOIRES

La préparation respiratoire s'effectue au moyen d'un appareil remis lors de la première consultation : le **Voldyne**.

Cet outil a pour but d'améliorer votre capacité pulmonaire avant la chirurgie.

COMMENT L'UTILISER ?

- Installez-vous confortablement et tenez-vous droit.
- Maintenez le Voldyne dans une position verticale.
- Expirez lentement afin de vider vos poumons autant que possible.
- Placez l'embout dans votre bouche et serrez les lèvres afin d'éviter les fuites d'air.
- Inspirez lentement et profondément afin de faire monter le repère blanc, tout en maintenant le curseur jaune entre les deux repères bleus.
- Retirez l'embout de votre bouche et respirez à nouveau normalement pendant quelques secondes.
- Répétez l'exercice 5 fois de suite.
- Cet exercice est à réaliser plusieurs fois par jour, chaque jour, jusqu'à la date opératoire.



CONSEIL : 3X/JOUR

Pensez à prendre votre Voldyne le jour de votre hospitalisation

VOTRE PROGRAMME : NUTRITION

Après chaque entraînement

DANS LES 30 MINUTES qui suivent votre entraînement (à la maison ou chez le kiné), il vous est demandé de prendre un complément oral hyperprotéiné afin de favoriser la prise de masse musculaire.

Recommandations de votre diététicien.ne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



VOTRE PROGRAMME : PHARMACONUTRITION

5 À 7 JOURS AVANT LA
CHIRURGIE, SI VOTRE MÉDECIN
L'A RECOMMANDÉ

DÉBUTER L'ORAL IMPACT :

Il s'agit des nutriments dont les besoins augmentent après une chirurgie. Le but est de reconstituer les stocks avant la chirurgie, favoriser la cicatrisation et diminuer les infections postopératoires.



Consignes d'utilisation

- L'Oral Impact se présente sous forme de sachets de poudre.
- Chaque sachet se dissout dans 200 à 250 ml d'eau fraîche.
- Il vous est demandé de consommer trois sachets par jour.
- Chaque sachet se prendra comme une collation : le premier en matinée, le second l'après-midi et le troisième en soirée... toujours à distance des repas.

ÉTAPE 1

1^{re} SEMAINE DE PRÉHABILITATION

Avez-vous été hospitalisé durant cette semaine ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous bénéficié d'une chimiothérapie et/ou radiothérapie ?

☐ Oui ☐ Non

Évaluation de votre appétit :



Quel est votre poids (se peser une fois en cours de semaine) : kg

Si vous avez une alimentation par sonde :

- Nom de la poche administrée :
- Volume de la poche administrée :
- Nombre de poches administrées durant la semaine :

Remarques et commentaires (avez-vous des éléments à nous signaler ?) :

.....

.....

.....

.....

.....

	Lundi / /	Mardi / /	Mercredi / /	Jeudi / /	Vendredi / /	Samedi / /	Dimanche / /
Séances chez le kiné Si oui :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Exercices respiratoires :	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Exercices d'endurance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Exercices de résistance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Voldyne							
Nombre d'utilisations par jour	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée par utilisation	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Valeur maximale	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml
Exercices seul.e à la maison							
Nombre de séances de renforcement	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée totale renforcement	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Nombre de séances d'endurance*	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée totale d'endurance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Complément nutritionnel oral							
Nom du Complément Nutritionnel Oral :							
Pris 30 minutes après effort	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

* vélo, marche,...

ÉTAPE 1

2^e SEMAINE DE PRÉHABILITATION

Avez-vous été hospitalisé durant cette semaine ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous bénéficié d'une chimiothérapie et/ou radiothérapie ?

☐ Oui ☐ Non

Évaluation de votre appétit :



Quel est votre poids (se peser une fois en cours de semaine) : kg

Si vous avez une alimentation par sonde :

- Nom de la poche administrée :
- Volume de la poche administrée :
- Nombre de poches administrées durant la semaine :

Remarques et commentaires (avez-vous des éléments à nous signaler ?) :

.....

.....

.....

.....

.....

	Lundi / /	Mardi / /	Mercredi / /	Jeudi / /	Vendredi / /	Samedi / /	Dimanche / /
Séances chez le kiné Si oui :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Exercices respiratoires :	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Exercices d'endurance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Exercices de résistance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Voldyne							
Nombre d'utilisations par jour	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée par utilisation	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Valeur maximale	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml
Exercices seul.e à la maison							
Nombre de séances de renforcement	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée totale renforcement	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Nombre de séances d'endurance*	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée totale d'endurance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Complément nutritionnel oral							
Nom du Complément Nutritionnel Oral :							
Pris 30 minutes après effort	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

* vélo, marche,...

ÉTAPE 1

3^e SEMAINE DE PRÉHABILITATION

Avez-vous été hospitalisé durant cette semaine ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous bénéficié d'une chimiothérapie et/ou radiothérapie ?

☐ Oui ☐ Non

Évaluation de votre appétit :



Quel est votre poids (se peser une fois en cours de semaine) : kg

Si vous avez une alimentation par sonde :

- Nom de la poche administrée :
- Volume de la poche administrée :
- Nombre de poches administrées durant la semaine :

Remarques et commentaires (avez-vous des éléments à nous signaler ?) :

.....

.....

.....

.....

.....

	Lundi / /	Mardi / /	Mercredi / /	Jeudi / /	Vendredi / /	Samedi / /	Dimanche / /
Séances chez le kiné Si oui :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Exercices respiratoires :	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Exercices d'endurance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Exercices de résistance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Voldyne							
Nombre d'utilisations par jour	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée par utilisation	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Valeur maximale	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml
Exercices seul.e à la maison							
Nombre de séances de renforcement	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée totale renforcement	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Nombre de séances d'endurance*	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée totale d'endurance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Complément nutritionnel oral							
Nom du Complément Nutritionnel Oral :							
Pris 30 minutes après effort	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

* vélo, marche,...

ÉTAPE 1

4^e SEMAINE DE PRÉHABILITATION

Avez-vous été hospitalisé durant cette semaine ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous bénéficié d'une chimiothérapie et/ou radiothérapie ?

☐ Oui ☐ Non

Évaluation de votre appétit :



Quel est votre poids (se peser une fois en cours de semaine) : kg

Si vous avez une alimentation par sonde :

- Nom de la poche administrée :
- Volume de la poche administrée :
- Nombre de poches administrées durant la semaine :

Remarques et commentaires (avez-vous des éléments à nous signaler ?) :

.....

.....

.....

.....

.....

	Lundi / /	Mardi / /	Mercredi / /	Jeudi / /	Vendredi / /	Samedi / /	Dimanche / /
Séances chez le kiné Si oui :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Exercices respiratoires :	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Exercices d'endurance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Exercices de résistance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Voldyne							
Nombre d'utilisations par jour	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée par utilisation	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Valeur maximale	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml	... ml
Exercices seul.e à la maison							
Nombre de séances de renforcement	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée totale renforcement	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Nombre de séances d'endurance*	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois	... fois
Durée totale d'endurance	... min	... min	... min	... min	... min	... min	... min
Complément nutritionnel oral							
Nom du Complément Nutritionnel Oral :							
Pris 30 minutes après effort	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

* vélo, marche,...

ÉTAPE 5

BILAN POSTPRÉHABILITATION

Nous vous demandons de compléter une nouvelle fois ces 4 questionnaires. Le but est ainsi de pouvoir comparer votre évolution après ces quelques semaines de préhabilitation.

1^{er} QUESTIONNAIRE : PERFORMANCE STATUS OMS

PERFORMANCE STATUS PS KARNOFSKY  PS ECOG	Cotation	État général du patient
100-90 0	0	Activité normale.
90-70 1	1	Capable de réaliser des tâches/activités ménagères.
70-50 2	2	Incapable de travailler, capable de s'occuper de lui-même, debout plus de 50% du temps de veille.
50-20 3	3	Confiné au lit ou au fauteuil plus de 50% du temps de veille.
<20 4	4	Confiné au lit et incapable de s'occuper de lui-même.

2^e QUESTIONNAIRE : DASI SCORE

Pouvez-vous vous occuper de vous-même (vous nourrir, vous habiller, vous laver, aller aux toilettes) ?	Oui - Non	2,75
Pouvez-vous vous déplacer à l'intérieur de votre logement en marchant ?	Oui - Non	1,75
Pouvez-vous marcher 200m sur un terrain plat ?	Oui - Non	2,75
Pouvez-vous monter un escalier (1 ou 2 étages) ou une côte ?	Oui - Non	5,50
Pouvez-vous courir une courte distance ?	Oui - Non	8,00
Pouvez-vous réaliser des activités ménagères légères (enlever la vaisselle, faire les poussières) ?	Oui - Non	2,70
Pouvez-vous effectuer des activités ménagères modérées (passer l'aspirateur, la serpillière ou porter les courses) ?	Oui - Non	3,50
Pouvez-vous accomplir des activités ménagères intenses (faire les vitres, déplacer des meubles lourds) ?	Oui - Non	8,00
Pouvez-vous exécuter des activités de jardinage (ratisser les feuilles, désherber, passer la tondeuse à gazon) ?	Oui - Non	4,50
Pouvez-vous pratiquer une activité sportive modérée (danse, tennis en double, golf, tirer dans un ballon de foot, marche rapide, vélo modéré, aquagym) ?	Oui - Non	6,00
Pouvez-vous pratiquer une activité sportive intense (course, natation, vélo sportif, tennis en simple, football, basketball, ski) ?	Oui - Non	7,50

3^e QUESTIONNAIRE : EDMONTON (SI > 70 ANS)

EDMONTON FRAIL SCALE	
Cognitif	Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10.
Santé générale	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis.e à l'hôpital?
	En général, comment appréciez-vous votre santé ?
Autonomie fonctionnelle	Pour combien des 8 activités suivantes avez-vous besoin de l'aide :
Support social	Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord pour vous aider et qui est en mesure de vous aider ?
Médicaments	Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus ?
	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit ?
Nutrition	Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges ?
Humeur	Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé.e ?
Continence	Avez-vous des pertes urinaires ?
Performance fonctionnelle	Test «Up and go chronometer» (sera réalisé le jour de votre consultation par le médecin). <i>Assez-vous tranquillement sur une chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et revenez vous asseoir.</i>

Entourer l'évaluation faite et additionner les points

Score : /17

	0 pas d'erreur 1 erreurs mineures de positionnement 2 autres erreurs
☐ aucune ☐ 1 à 2 fois ☐ 3 fois ou plus	0 aucune / 1 1-2 / 2 3
☐ excellent, très bon, bon ☐ correct, passable ☐ mauvais	0 excellent / 1 correct / 2 mauvais
Déplacements - Courses - Préparer les repas - Faire le ménage - Téléphoner - Gérer vos médicaments - Gérer vos finances - Faire la lessive	0 0-1 / 1 2-4 / 2 5-8
☐ toujours ☐ parfois ☐ jamais	0 toujours / 1 parfois / 2 jamais
☐ non ☐ oui	0 non / 1 oui
☐ non ☐ oui	
☐ non ☐ oui	0 non / 1 oui
☐ non ☐ oui	0 non / 1 oui
☐ non ☐ oui	0 non / 1 oui
☐ 0 à 10 secondes ☐ 11 à 20 secondes ☐ plus de 20 secondes ou assistance ou refus = impossibilité ?	0 1 2

0-3 non fragile / 4-5 légèrement fragile / 6-8 modérément fragile / 9-17 sévèrement fragile

4^e QUESTIONNAIRE : AMSTERDAM PREOPERATIVE ANXIETY AND INFORMATION SCALE

Nous vous demandons maintenant de répondre aux questions reprises dans ce tableau. Choisissez un chiffre pour chaque réponse.

Par exemple, pour la première question, si vous êtes peu préoccupé par l'anesthésie, choisissez 1. Si au contraire, vous êtes fortement préoccupé par l'anesthésie, vous choisissez 5.

	Item	1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	Je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

Merci de rapporter votre
brochure le jour de votre
hospitalisation.

Un tout grand merci pour
votre collaboration,

L'équipe
d'anesthésiologie
du site de Godinne
du CHU UCL Namur.



Notes personnelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFOS

Service d'anesthésiologie

Site de Godinne

avenue Dr Gaston Thérasse, 1 - 5530 Yvoir

Consultation et prise de rendez-vous :

✦ +32 81 42 26 28

Équipe préhabilitation :

✦ +32 81 42 40 04

Du lundi au vendredi entre 11h et 14h

+ D'INFOS



chuucnamur.be



CHU
— UCL —
NAMUR