



Vous pouvez aussi remplir ce questionnaire en ligne  
sur [www.mvsante.ch](http://www.mvsante.ch) (Beaumont / préadmission)

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR L'ANESTHÉSIE

Centre de chirurgie ambulatoire

Ce questionnaire permet au médecin anesthésiste d'apprécier votre état de santé. Si nécessaire, vous pouvez demander à votre médecin traitant de vous aider à le remplir.

**Vous devrez rapporter ce questionnaire lors de la visite pré-anesthésique ET le jour de l'opération.**

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et Numéro de la personne de confiance		Etiquette patient	
Nom et Numéro de la personne qui viendra vous chercher			
		Taille	Poids

### OPÉRATION PRÉVUE

Type d'opération ?	Date de l'opération
Nom du chirurgien ?	
Médecin de famille ? Nom, prénom, adresse	

### OPÉRATIONS PASSÉES

Type d'opération ?	Date :	<input type="checkbox"/>	générale	<input type="checkbox"/>	régionale
Type d'opération ?	Date :	<input type="checkbox"/>	générale	<input type="checkbox"/>	régionale
Type d'opération ?	Date :	<input type="checkbox"/>	générale	<input type="checkbox"/>	régionale
Type d'opération ?	Date :	<input type="checkbox"/>	générale	<input type="checkbox"/>	régionale

**Avez-vous eu des complications dues à l'anesthésie ? Complications médicales ?**  oui  non

Vomissements  Nausées  Maux de gorge  Maux de tête  Vertiges  Difficultés respiratoires

**Existe-il dans votre famille en lignée directe des cas de complications liées à l'anesthésie ?**  oui  non

Si oui, lesquelles ?

**Avez-vous subi un "check-up" dans les 12 derniers mois ?**  oui  non

Si oui, chez quel médecin ? Nom

Adresse

### QUESTIONS GÉNÉRALES

Avez-vous récemment subi un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Fumez-vous de façon régulière ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Lequel ?
Consommez-vous de l'alcool régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Combien ?
Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Combien ?
					Lesquelles ?

Tournez la page SVP

Grossesse possible ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Avez-vous subi une transfusion sanguine ces trois derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, l'avez-vous bien supportée ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Portez-vous une prothèse ou un implant dentaire ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Avez-vous des dents endommagées ou instables ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Portez-vous un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Êtes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Avez-vous un piercing ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

### QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Pouvez-vous réaliser vos soins corporels en toute autonomie ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Êtes-vous capable de marcher 500 mètres à plat ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Êtes-vous capable de réaliser des tâches ménagères légères ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Pouvez-vous monter 1 ou 2 étages par les escaliers ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Êtes-vous capable de pratiquer un sport doux (vélo, randonnée) ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Avez-vous le souffle court au quotidien ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Lors de quelle activité ?

### ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS ÉTÉ EN TRAITEMENT POUR LES MALADIES OU SYMPTÔMES SUIVANTS ?

<b>Cœur</b> (infarctus, angine de poitrine, malformations cardiaques)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Circulation</b> (Tension artérielle haute, basse)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Vaisseaux sanguins</b> (Troubles de la circulation, varices, thromboses)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Poumons et bronches</b> (Asthme, bronchite chronique, emphysème, embolie pulmonaire)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Tube digestif, estomac, intestin, foie, vésicule biliaire</b> Aigreurs, vomissements fréquents, ulcère, troubles digestifs, calculs biliaires, hépatite)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Reins et voies urinaires</b> (Calculs, inflammation, infection, cystite, dialyse, insuffisance rénale)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Métabolisme</b> (Diabète, goutte, cholestérol élevé, cancer)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Yeux</b> (Cataracte, glaucome, troubles de la vue graves)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Appareil locomoteur</b> (Maladies articulaires, maux de dos, scoliose, douleurs dans les épaules, les bras)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Présence de maladie (neuro)-musculaire dans la famille?</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Sang</b> (Anémie, cancer du sang/leucémie)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Troubles de la coagulation</b> (Saignements de nez fréquents, saignements gencives, bleus, hématomes) Prenez-vous des médicaments anti-thrombotiques?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Système nerveux</b> (Attaques, accident vasculaire cérébral, épilepsie, paralysie, troubles de la sensibilité, pertes de mémoire, troubles de la concentration, maux de tête, migraine)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Allergie</b> (Médicaments, rhume des foins, allergie au latex, allergie alimentaire, à l'iode, aux pansements, au sparadrap, produits de contraste, aux cosmétiques, aux métaux, asthme) Si OUI, lesquelles :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Prenez-vous actuellement des médicaments?</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Nom	Combien	Nom	Combien

Commentaires du médecin anesthésiste: