



CHRISTOFFEL OP

Fiche d'anamnèse

➔ Veuillez compléter cette fiche d'anamnèse et nous la renvoyer dans les plus brefs délais par courrier ou courriel à l'adresse indiquée en bas de page.

Étiquette patient

En cas d'oubli de l'étiquette, merci d'indiquer vos nom et prénom.

Nom : _____

Prénom : _____

Votre médecin

traitant : _____

Votre taille (cm) : _____

Votre poids (kg) : _____

Zone à opérer : _____

Votre chirurgien/ne : _____

Date de

l'intervention : _____

Renseignements sur votre santé (en cas de sélection parmi plusieurs réponses, veuillez souligner votre choix)

| | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Vous sentez-vous en bonne santé actuellement ? Si non, pourquoi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été sous traitement médical au cours de l'année passée ? Si oui, à quel moment et pour quelle raison ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales sous anesthésie ? Lesquelles ? En quelle année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous bien supporté l'anesthésie ? Si non, pourquoi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des membres de votre famille ont-ils eu des réactions inattendues lors d'une anesthésie ? Si oui, lesquelles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des allergies, par exemple à des médicaments, à l'iode, aux graminées, à des denrées alimentaires ou autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous pris des médicaments anticoagulants au cours des dernières semaines (par exemple Marcoumar, Aspirine, Plavix, Héparine, Fragmin ou autres (lesquels ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prenez-vous des médicaments pour le cœur, pour la tension, des anti-douleurs, des psychotropes ou la pilule contraceptive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous reçu, par le passé, une transfusion de sang ou de composants sanguins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Question aux patientes : Se peut-il que vous soyez enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Portez-vous des piercings ? A quel endroit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous en mesure de monter un escalier de deux étages sans peiner ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

suite du questionnaire au verso



CHRISTOFFEL OP

| Avez-vous ou avez-vous eu par le passé les maladies suivantes ou des symptômes y afférents ? (veuillez <u>souligner</u> votre réponse) | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Maladies cardiovasculaires : angine de poitrine, hypertension ou hypotension, troubles du rythme cardiaque, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voies respiratoires/poumons : asthme, bronchite, pneumonie, syndrome d'apnées du sommeil, tuberculose, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaisseaux sanguins : thromboses, embolies, accident vasculaire cérébral (AVC), varices, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reins : valeurs rénales élevées, calculs rénaux, néphrite, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Foie: jaunisse, calculs biliaires, stéatose hépatique, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œsophage, estomac, intestins : brûlures d'estomac, reflux gastro-œsophagien, ulcères, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Métabolisme : diabète, goutte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thyroïde : hypothyroïdie ou hyperthyroïdie, goître, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Système squelettique : affections articulaires, problèmes du dos ou des disques, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Système nerveux, psychisme: crises convulsives, dépression, paralysies, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yeux : glaucome, cataracte, lentilles intraoculaires, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sang : troubles de coagulation, saignements de nez fréquents, tendance à faire facilement des ecchymoses, autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muscles : myasthénie, troubles musculaires (aussi dans votre famille), autres (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs chroniques ? A quel endroit ? Depuis quand ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dents mobiles ? Caries ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fumez-vous ? Quoi, depuis quand et quelle quantité par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Buvez-vous de l'alcool ? Quelles boissons, depuis quand et quelle quantité par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous droguez-vous ? Avec quelle substance, depuis quand et quelle dose par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

suite du questionnaire au verso



CHRISTOFFEL OP

En cas d'affections suivantes, veuillez joindre un rapport médical détaillé (rédigé par votre médecin traitant, p.ex.) :

- Crise cardiaque passée ou serrement récurrent de la poitrine (angine de poitrine)
- Maladies du cœur ou des valves cardiaques
- Intervention chirurgicale du cœur ou des poumons (y compris pose d'un pacemaker et/ou cathétérisme cardiaque)
- Asthme nécessitant un traitement ou toux grasse chronique
- Saignements prolongés après blessure, hématomes étendus fréquents, saignements fréquents des gencives lors du brossage des dents
- Epilepsie, maladie, trouble ou déficience psychique ou mental·e
- Atrophie musculaire, spasticité ou autres maladies musculaires

Commentaires :

Par ma signature, je confirme avoir complété ce formulaire destiné à retracer mon historique médical de bonne foi et que mes renseignements sont complets et véridiques. J'ai lu et compris les informations de la fiche d'informations séparée concernant l'anesthésie ambulatoire et vais suivre ces recommandations et consignes.

Je souhaiterais que l'anesthésiste prenne contact avec moi avant le jour de l'intervention :

(cochez votre choix)

- Non, j'ai reçu suffisamment d'informations.
- Oui, par téléphone

Fait à (ville), le (date)

Signature du patient/de la patiente
(ou, le cas échéant, de son/sa représentant·e légal·e)