

Questionnaire médical pré opératoire

État de santé général

Informations personnelles

Nom :

Prénom :

Numéro de carte d'identité :

Personne de contact :

Date d'opération :

Chirurgien :

Lieu de séjour pendant votre opération :

QUESTIONNAIRE PRÉ OPERATOIRE

(à remplir pour le jour de l'opération)

1. Souffrez-vous de problèmes cardiaques ?

OUI NON

Vous arrive-t-il de vous sentir oppressé ou d'avoir mal à la poitrine ?

OUI NON

Manquez-vous de souffle pendant ou après un effort ?

OUI NON

Manquez-vous de souffle lorsque vous êtes couché ?

OUI NON

Souffrez-vous de palpitations cardiaques ?

OUI NON

Souffrez-vous d'hypertension ?

OUI NON

Vous a-t-on détecté une maladie cardiaque ?

OUI NON

Vous a-t-on détecté un souffle au cœur ?

OUI NON

Avez-vous déjà souffert de problèmes vasculaires ?

OUI NON

Portez-vous un pacemaker ?

OUI NON

2. Avez-vous des problèmes de coagulation ?

OUI NON

Vous est-il arrivé de ressaigner (après que l'on vous ait enlevé une dent ou après une opération ?) OUI NON

Avez-vous des bleus sans raison ? OUI NON

Existe-t-il des problèmes de coagulation dans votre famille ? OUI NON

Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang ? OUI NON

3. Souffrez-vous de diabète ?

OUI NON

Prenez-vous des médicaments contre le diabète ? OUI NON

Vous faites-vous des injections pour votre diabète ? OUI NON

Avez-vous du mal à contrôler votre taux de glucose ? OUI NON

Vous arrive-t-il fréquemment d'avoir un taux de glycémie trop bas ? OUI NON

4. Souffrez-vous des problèmes pulmonaires ?

OUI NON

Manquez-vous de souffle en faisant un léger effort ? OUI NON

Etes-vous souvent enrhumé ? OUI NON

Toussez-vous régulièrement ? OUI NON

Votre respiration est-elle parfois « sifflante » ? OUI NON

Souffrez-vous du rhume des foins ? OUI NON

5. Avez-vous des problèmes d'estomac ou de foie ?

OUI NON

Souffrez-vous de brûlures d'estomac ? OUI NON

Vous a-t-on déjà diagnostiqué un ulcère ? OUI NON

Avez-vous déjà souffert d'une hémorragie stomacale ? OUI NON

Avez-vous déjà souffert d'une hépatite, d'une jaunisse ou d'une maladie du foie ? OUI NON

Souffrez-vous d'une maladie intestinale chronique ? OUI NON

6. Souffrez-vous de problèmes nerveux ou cérébraux ? OUI NON

Avez-vous déjà perdu conscience ? OUI NON

Avez-vous déjà été paralysé ? OUI NON

Avez-vous déjà subi une hémorragie cérébrale ou une attaque d'apoplexie ? OUI NON

Souffrez-vous d'épilepsie ou de spasme ? OUI NON

Etes-vous fréquemment étourdi (vertiges) ? OUI NON

Avez-vous des problèmes de dos ? OUI NON

7. Avez-vous des problèmes de thyroïde ? OUI NON

8. Avez-vous des problèmes rénaux ? OUI NON

Etes-vous en dialyse ? OUI NON

9. Questions pour les femmes uniquement

Y a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte ? OUI NON

Etes-vous enceinte ? OUI NON

Prenez-vous la pilule ? OUI NON

10. Avez-vous des allergies ? OUI NON

Etes-vous allergique à certains médicaments ? OUI NON

Etes-vous allergique aux désinfectants ? OUI NON

Etes-vous allergique aux sparadraps ? OUI NON

Etes-vous allergique au caoutchouc ou au latex ? OUI NON

Vous a-t-on déjà détecté une allergie aux produits anesthésiants utilisés chez le dentiste ? OUI NON

10. Généralités ?

OUI NON

Fumez-vous plus de 10 cigarettes par jour ?

OUI NON

Buvez-vous plus de 5 verres d'alcool par jour ?

OUI NON

Consommez-vous de la drogue ou en avez-vous consommé ?

OUI NON

Y a-t-il une possibilité que vous soyez séropositif ?

OUI NON

11. Avez-vous déjà été opéré ?

OUI NON

Dans l'affirmative, quelle(s) opération(s) avez-vous subie(s) ?

.....
.....

OUI NON

Lors de cette ou ces opération(s), tout s'est bien déroulé ?

OUI NON

Avez-vous vomi après l'anesthésie ?

OUI NON

Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ?

OUI NON

Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà souffert de problèmes lors d'une anesthésie générale ?

12. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

OUI NON

Prenez-vous des médicaments pour le cœur ?

OUI NON

Prenez-vous des médicaments pour la tension ?

OUI NON

Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang ?

OUI NON

Prenez-vous des médicaments contre les aigreurs d'estomac ?

OUI NON

Prenez-vous des calmants ?

OUI NON

Dans l'affirmative, quels médicaments prenez-vous ?

.....
.....
.....

13. Avez-vous pris de la cortisone ou vous a-t-on injecté de la cortisone dans les six derniers mois ?

OUI NON

14. Avez-vous :

Des fausses dents ?

OUI NON

Un bridge ou des couronnes ?

OUI NON

Des dents qui bougent ?

OUI NON

Lors de votre intervention à la Beclinic, soyez attentifs aux points suivants :

- Prenez soin de votre hygiène
- Ne portez pas de bijoux ou de piercings
- Ne portez pas de maquillage et enlevez votre vernis

Le soussigné déclare que les renseignements donnés ci-dessus sont corrects.

Le soussigné déclare avoir reçu toutes les informations à ce sujet et donne son consentement pour subir une anesthésie et pour recevoir un sédatif.

Le soussigné s'engage à ne pas conduire de véhicule pendant les 24 heures suivant l'intervention.

Fait à : Date :

Nom : Prénom :

Signature :