

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

INFORMATIONS PERSONELLES

Nom	Prénom	Sexe (anatomique)		
.....	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> f	
Rue et numéro	CP et localité	Date de naissance	Adresse e-mail	
.....	
Téléphone 1	Téléphone 2	Taille [cm]	Poids [kg]	Nom du cabinet du médecin généraliste
.....

INFORMATIONS SUR L'OPÉRATION

Date de l'opération	Cabinet / Clinique	Chirurgien
.....

INFORMATIONS SUR LA SANTÉ

	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Remarques
> Vous sentez-vous en bonne santé? Si non, pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Avez-vous suivi un traitement médical au cours des derniers mois? Pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Avez-vous eu une grippe au cours des 14 derniers jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Avez-vous des allergies aux médicaments, à l'iode, aux herbes, aux aliments, aux produits de contraste ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Avez-vous pris des médicaments anticoagulants au cours des dernières semaines? (exemple: Aspirine, Marcoumar, Plavix ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Prenez-vous d'autres médicaments? (exemple: pression artérielle / médicaments pour le cœur, diabète sucré, analgésiques, médicaments psychotropes, pilules contraceptives, ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Avez-vous déjà subi une opération? Veuillez indiquer l'intervention et l'année:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Avez-vous souffert de nausées et / ou de vomissements après l'opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Les parents liés par le sang ont-ils vécus des désagréments en rapport avec une anesthésie? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Avez-vous déjà reçu du sang ou des composants sanguins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Pour patientes: y a-t-il une possibilité de grossesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Portez-vous un piercing? Où?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Pouvez-vous facilement monter des escaliers sur 2 étages?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Avez-vous ou avez-vous déjà souffert de (veuillez les souligner):			
> Système cardiovasculaire: troubles du rythme cardiaque, malformations cardiaques, angine de poitrine, hypertension / faible pression artérielle ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

> Vaisseaux: Thromboses, embolies, varices, accidents vasculaires cérébraux ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Voies respiratoires / Poumons: Bronchite chronique, asthme, pneumonie, tuberculose, syndrome d'apnée du sommeil ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Foie: ictère, stéatose hépatique, calculs biliaires ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Maladie infectieuse: VIH, hépatite, etc.?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Rein: valeurs rénales élevées, calculs rénaux, inflammation des reins ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Œsophage, estomac, intestins: constriction, ulcère, reflux, brûlures d'estomac ou autre?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Métabolisme: diabète (diabète sucré de type 1 ou 2), goutte ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Thyroïde: sous ou hyperactive, goitre ou autre?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Système squelettique: maladies articulaires, problèmes de dos et de disques intervertébraux ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Nerfs, mental: convulsions, dépression, paralysie ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Yeux: lunettes, lentilles de contact, glaucome, cataracte ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Sang: troubles de la coagulation, saignements de nez fréquents, ecchymoses faciles ou autre?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Muscles: faiblesse musculaire, maladies musculaires (également chez les parents de sang) ou autres?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Autres maladies ou handicaps?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Douleurs chroniques?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Dents qui bougent, carie dentaire?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Fumez-vous? Si oui, quoi et combien par jour?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Buvez-vous de l'alcool? Si oui, quoi et combien par jour?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Consommez-vous des drogues? Si oui, lesquels et à quelle fréquence?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
> Prenez-vous régulièrement des somnifères et / ou des sédatifs? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

SPÉCIFICITÉS, AUTRES

CONFIRMATION ET DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Je confirme que j'ai lu et compris le document «Brochure sur l'anesthésie ambulatoire» et que je suivrai les recommandations et les règlements qui y sont contenus. Avec ma signature, je confirme également l'exactitude des informations.

Date

Signature du / de la patient-e (ou du / de la représentant-e légal-e)

→ Veuillez remplir le formulaire d'anamnèse et l'envoyer à anaPRaX en temps utile par courrier ou par e-mail.