

Cachet du cabinet
-------------------

**Informations concernant l'opération (à remplir par le chirurgien)**

Opération: .....	Durée de l'opération: .....	Date: .....
A signaler en particulier: .....	Chirurgien: .....	

**Informations concernant le débiteur (à remplir par le chirurgien / la clinique / le cabinet)**

Caisse-maladie <input type="checkbox"/>	Forfait <input type="checkbox"/>	AI: <input type="checkbox"/>	Veuillez joindre la décision ou le numéro de la décision et le numéro AI
A titre individuel <input type="checkbox"/>	SUVA / AI / AM <input type="checkbox"/>	SUVA: <input type="checkbox"/>	Veuillez indiquer la date de l'accident

**Informations personnelles (à remplir par le patient)**

Nom: .....	Prénom: .....	Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	Date de naissance: .....
Rue: .....	Case postale/lieu: .....	Taille (cm): .....	Poids (kg): .....
Téléphone privé: .....	Téléphone professionnel: .....	Profession exercée: .....	
Nom/prénom des parents (lorsque le patient est un enfant): .....			Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m
Nom et adresse du représentant légal / du tuteur / de l'établissement médico-social: .....			
Téléphone .....			
Nom et adresse du médecin de famille: .....			
Téléphone .....			

**Informations concernant l'état de santé (à remplir par le patient avant l'entretien d'information)**

	Oui	Non
Avez-vous été sous traitement médical récemment? Si oui, pourquoi? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous actuellement enrhumé, avez-vous pris froid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu des diarrhées et/ou des vomissements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une infection autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des dernières semaines, avez-vous pris des médicaments anticoagulants? Par exemple aspirine, Marcoumar ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous d'autres médicaments? Par exemple des médicaments contre l'hypertension, pour le cœur ou contre la douleur, des psychotropes, des antidiabétiques, une pilule contraceptive ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été opéré? Veuillez préciser le type et l'année de l'intervention: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des nausées et des vomissements après une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suite à une précédente anesthésie - générale, loco-régionale ou locale - avez-vous eu ou avez-vous encore des problèmes particuliers (dus par exemple à la position prolongée)? Lesquels? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un parent direct a-t-il eu des problèmes particuliers en rapport avec une anesthésie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on déjà transfusé du sang ou certains éléments du sang? Si oui, quand? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des complications? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'attention des patientes: est-il possible que vous soyez enceinte actuellement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous monter deux étages sans difficulté? Si non, pourquoi? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient: prénom/nom/année de naissance	Chirurgien	Date de l'opération
Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une des affections suivantes, ou de signes ou symptômes en rapport avec ces affections?		
Cœur/circulation: troubles du rythme, malformation cardiaque, angine de poitrine, infarctus du myocarde, myocardite, hypertension ou hypotension artérielle ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaisseaux: varices, thromboses, problèmes de circulation sanguine, accident vasculaire cérébral ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voies respiratoires/poumons: bronchite chronique, asthme, pneumonie, tuberculose, emphysème pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, paralysie des cordes vocales, paralysie du diaphragme ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foie: jaunisse (ictère), cirrhose, stéatose, calculs biliaires ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reins: calculs rénaux, néphrite, dialyse, anomalies du bilan rénal ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œsophage, estomac, intestin: ulcère, rétrécissement, troubles de la digestion, brûlures d'estomac, reflux ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métabolisme: diabète sucré, goutte ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroïde: hypothyroïdie ou hyperthyroïdie, goitre ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil locomoteur: atteintes articulaires, mal de dos/problèmes de disques intervertébraux, syndrome épaule-main ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système nerveux, psychisme: convulsions (épilepsie), paralysies, dépression, maux de tête fréquents ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux: glaucome, cataracte, lentilles de contact ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang: troubles de la coagulation (y compris chez un parent direct), tendance à saigner fréquemment du nez, ecchymoses spontanées par exemple à la suite d'un léger contact, hémorragies post-opératoires ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscles: faiblesse musculaire, maladie musculaire (y compris chez un parent direct) ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies/hypersensibilité: rhume des foins, réaction à des aliments, au fructose, à des médicaments, à l'iode, aux pansements, au latex (ballons à gonfler, gommages, gants) ou: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres maladies ou infirmités? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs chroniques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dents mal serties, caries?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse auditive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous? Si oui, quel type de tabac et quelle quantité quotidienne? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buvez-vous de l'alcool? Si oui, quel type de boisson et quelle quantité quotidienne? ..... A quelle fréquence? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous de la drogue? Si oui, quel type de drogue et quelle quantité quotidienne? ..... A quelle fréquence? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous souvent des somnifères ou des tranquillisants? Lesquels? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Veillez joindre un rapport médical détaillé (par exemple du médecin de famille) dans les cas suivants:**

Survenue d'un infarctus du myocarde ou crises régulières d'angine de poitrine  
Affection cardiaque ou atteinte des valves cardiaques  
Réalisation d'une opération du cœur ou des poumons (y compris pacemaker et/ou cathétérisme cardiaque)  
Asthme nécessitant un traitement ou toux chronique avec expectoration  
Saignement prolongé après une blessure, gros hématomes fréquents, saignement fréquent au brossage des dents  
Epilepsie, maladie ou atteinte psychique ou mentale  
Atrophie musculaire, spasticité ou autre maladie des muscles

Remarques : .....

J'atteste avoir rempli le présent questionnaire d'anamnèse en mon âme et conscience, intégralement et conformément à la vérité.

Date: ..... Signature: .....

⇒ Fax 052 320 01 21