

# Questionnaire préopératoire d'anesthésie

Service d'Anesthésie-Réanimation — à remplir dès réception et à remettre le jour de la consultation d'anesthésie ou de l'admission.

## Identification

coller l'adressogramme ici ou compléter

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme ☐ Indéterminé

donnée médicale : adaptation des doses et calcul des scores de risque

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom d'usage (si différent) : .....

Date de naissance : .....

N° de dossier : .....

## À lire attentivement

Vous allez bénéficier d'une intervention ou d'un examen sous anesthésie. Ce questionnaire, traité confidentiellement par le service d'anesthésie, nous permet de mieux vous connaître et de préparer la prise en charge la plus sûre possible. Il sera relu par votre anesthésiste avant votre intervention et conservé dans votre dossier d'anesthésie.

Remplissez-le dès à présent, avec le plus grand soin (au besoin avec l'aide de votre médecin traitant), et apportez-le complété avec les éléments utiles de votre dossier : rapports du cardiologue ou du pneumologue, résultats de prise de sang, liste récente de vos médicaments.

Ce questionnaire vous a été transmis avec le document d'information sur l'anesthésie et le formulaire de consentement. Lisez-les attentivement, notez vos questions : le consentement signé sera récupéré au plus tard le jour de votre admission.

**!** Les questions marquées de ce symbole sont essentielles pour votre sécurité : merci d'y répondre avec une attention particulière.

- **Consultation d'anesthésie** : votre présence au rendez-vous qui vous a été communiqué est indispensable. C'est le moment où votre anesthésie est préparée avec vous.
- **Vos questions** : à tout moment, le secrétariat d'anesthésie transmet vos questions à un-e anesthésiste et peut organiser un entretien — 081/20.94.44 ou [secretariat.anesthesie@slbo.be](mailto:secretariat.anesthesie@slbo.be).

## 1 Vos coordonnées

Profession : ..... GSM : ..... Email : .....

Médecin généraliste : .....

Personne à contacter — Nom : ..... Lien : ..... Tél : .....

## 2 Intervention prévue

Intervention : ..... Côté : ☐ droit ☐ gauche ☐ les deux

Chirurgien-ne : ..... Date prévue : ..... Hospitalisation : ☐ 1 jour  
☐ 1 nuit ou +

## 3 Vos mesures

Taille : ..... cm Poids : ..... kg Tour de cou : ..... cm Tension artérielle habituelle : ..... / .....

## Consignes importantes

- **À apporter le jour J** : ce questionnaire complété — remettez-le lors de votre consultation d'anesthésie ou, si vous n'en avez pas, le jour de votre admission ; joignez vos résultats d'examens récents et la liste de vos médicaments.
- **Jeûne** : solides, lait, liquides épais ou jus avec pulpe : arrêt 6 h avant l'intervention ; liquides clairs (eau, eau sucrée, café ou thé sans lait) : arrêt 2 h avant l'intervention, sauf avis contraire de votre chirurgien-ne ou de votre anesthésiste. Médicaments habituels : quelques gorgées d'eau, sauf indication contraire.
- **Le jour de l'opération** : ôtez bijoux, piercings, faux ongles, vernis, maquillage et prothèses amovibles ; n'emportez ni objets de valeur ni argent liquide.
- **CPAP** : si vous utilisez un appareil pour les apnées du sommeil, apportez-le, ainsi que votre carte de groupe sanguin si vous en disposez.
- **Changement d'état de santé** : maladie récente, modification de traitement ? Prévenez le secrétariat d'anesthésie avant l'intervention.
- **Retour à domicile le jour même — pendant 24 heures** : interdiction de conduire (voiture, vélo, trottinette...), d'utiliser une machine, de consommer de l'alcool, de signer un document juridique ou de prendre une décision importante. Accompagnement obligatoire par un-e adulte responsable, informé-e de l'hospitalisation.
- **Contraception hormonale** : certains médicaments d'anesthésie peuvent la rendre inefficace pendant le cycle en cours (un mois) : prévoyez une protection complémentaire.



Pour quelles maladies êtes-vous (ou avez-vous été) suivi-e ou traité-e ?

**Coeur et vaisseaux**

Cardiologue et date de la dernière visite ci-contre

- ☐ angine de poitrine ☐ infarctus du myocarde ☐ trouble du rythme, fibrillation ☐ stent coronaire  
☐ douleurs dans la poitrine ☐ hypertension artérielle ☐ gonflement des pieds ☐ varices  
☐ phlébite, thrombose ☐ artérite, artère bouchée ☐ autre : .....

Cardiologue : Dr ..... Dernière visite : .....

**Poumons**

- ☐ asthme — précisez : ..... ☐ bronchite chronique ☐ emphysème ☐ pneumonie, infection  
☐ embolie pulmonaire : ..... ☐ pleurésie ☐ pneumothorax ☐ cancer pulmonaire  
☐ apnées du sommeil => utilisez-vous une CPAP ? ☐ Oui ☐ Non *Si oui, apportez-la à la clinique.*

**Digestif**

- ☐ brûlures d'estomac, remontées acides ☐ reflux gastro-oesophagien ☐ hernie hiatale ☐ gastrite  
☐ oesophagite ☐ ulcère ☐ pancréatite ☐ rectocolite, maladie de Crohn ☐ cirrhose  
☐ cancer digestif ☐ autre : .....

**Reins et urines**

- ☐ infections urinaires ☐ calcul urinaire ☐ prostatisme ☐ insuffisance rénale ☐ dialyse  
☐ cancer du rein ou de la vessie ☐ autre : .....

**Neurologie**

- ☐ migraines, maux de tête ☐ épilepsie, convulsions ☐ accident vasculaire cérébral ☐ Parkinson  
☐ dépression ☐ sclérose en plaques ☐ Alzheimer ☐ autre : .....

**Métabolisme**

- ☐ cholestérol élevé ☐ triglycérides élevés ☐ goutte, acide urique ☐ hypo/hyperthyroïdie  
☐ diabète — depuis : ..... ans Traité par insuline ? ☐ Oui ☐ Non

**ORL et yeux**

- ☐ problème de déglutition ☐ surdité ☐ nez bouché ☐ glaucome ☐ anomalie des pupilles  
☐ dégénérescence maculaire ☐ autre : .....

**Divers**

- ☐ maladie cutanée ☐ maladie psychiatrique ☐ cancer ☐ autre : .....  
☐ maladie contagieuse : ☐ HIV ☐ hépatite B ☐ hépatite C ☐ autre : .....

**Nutrition et mobilité**

- Avez-vous perdu du poids involontairement depuis 3 mois ? ☐ Oui ☐ Non  
Avez-vous diminué vos apports alimentaires depuis une semaine ? ☐ Oui ☐ Non  
Avez-vous séjourné aux soins intensifs ces derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non  
Est-il difficile de vous déplacer (cannes, tribune, chaise roulante...) ? ☐ Oui ☐ Non

**Grossesse et contraception**

répondez si vous êtes concerné-e

- Utilisez-vous un moyen de contraception ? ☐ Oui ☐ Non  
☐ Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte ? ☐ Oui ☐ Non  
Allaitiez-vous ? ☐ Oui ☐ Non



Quelles interventions avez-vous déjà subies ? En quelle année ? Sous quel type d'anesthésie (générale, rachianesthésie/péridurale, locale) ?

| Intervention | Année | Anesthésie |
|--------------|-------|------------|
| 1            |       |            |
| 2            |       |            |
| 3            |       |            |
| 4            |       |            |
| 5            |       |            |
| 6            |       |            |

| Intervention | Année | Anesthésie |
|--------------|-------|------------|
| 7            |       |            |
| 8            |       |            |
| 9            |       |            |
| 10           |       |            |
| 11           |       |            |
| 12           |       |            |

! Avez-vous eu un problème lié à une anesthésie ? ☐ Oui ☐ Non

☐ réveil difficile    ☐ nausées, vomissements    ☐ confusion, agitation    ☐ intubation difficile

☐ difficulté de rachianesthésie/péridurale    ☐ autre — précisez : \_\_\_\_\_

Problème d'anesthésie dans votre famille ? ☐ Oui ☐ Non    Précisez : \_\_\_\_\_

**! Maladies rares, chez vous ou dans votre famille :**

☐ porphyrie    ☐ hyperthermie maligne    ☐ myopathie    ☐ myasthénie    ☐ hémophilie, von Willebrand

☐ antécédent familial d'infarctus, d'AVC ou d'anévrisme    ☐ autre :

Fumez-vous ? ☐ Oui ☐ Non Quantité/jour : \_\_\_\_\_ Depuis : \_\_\_\_\_ ☐ cigarette électronique

Si non, avez-vous fumé ? ☐ Oui ☐ Non Date d'arrêt : \_\_\_\_\_

Alcool / bière ? ☐ Oui ☐ Non Si oui : \_\_\_\_\_ verres/jour ou \_\_\_\_\_ verres/semaine

 Cannabis, stupéfiants, stimulants, drogues ? ☐ Oui ☐ Non Lesquels : \_\_\_\_\_

## 7 Vos allergies

**! ☐ Aucune allergie connue**

☐ latex (gants, ballons)      ☐ produit de contraste iodé      ☐ désinfectant (Isobétadine, chlorhexidine...)

☐ médicament — précisez : ..... ☐ antibiotiques — précisez : .....

☐ alimentaire (kiwi, arachide, soja, viande rouge, crustacés...) : ..... ☐ métaux (nickel, cobalt, chrome...)

☐ autre — précisez : .....

Quelle réaction avez-vous présentée (éruption, gonflement, malaise...) ?

Prenez-vous des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non *Si oui, indiquez-les tous ci-dessous ou joignez une liste récente.*

[illegible]

**1** Anticoagulants et antiagrégants (Sintrom, Marcoumar, Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Plavix, aspirine...) : signalez-les impérativement. Leur éventuel arrêt sera décidé et planifié par l'anesthésiste — ne les interrompez jamais de vous-même.



## 9 Votre coeur à l'effort

- Pouvez-vous monter 2 étages sans vous arrêter et sans être essoufflé-e ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- Pouvez-vous effectuer un travail ménager léger ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- Pratiquez-vous une activité physique régulière ? ☐ Oui ☐ Non Laquelle : .....
- Douleurs dans la poitrine, palpitations ou malaises à l'effort ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- !** Avez-vous déjà perdu connaissance ou fait un malaise (syncope) ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....

## 10 Saignements et coagulation

- Avez-vous déjà été transfusé-e ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- Avez-vous saigné abondamment pendant ou après une intervention ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- Saignez-vous beaucoup ou longtemps en vous blessant ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- Avez-vous saigné abondamment après un accouchement ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- Avez-vous des règles abondantes ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- Saignement du nez, des gencives, tendance aux hématomes (bleus) ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....
- Problème de coagulation connu (hémophilie, von Willebrand...) ? ☐ Oui ☐ Non Précisez : .....

**Refus de transfusion :** si vous refusez toute transfusion de sang ou de dérivés sanguins, un formulaire spécifique doit être complété. Il est disponible sur le site internet de la clinique. ☐ **Merci de me le transmettre.**

## 11 Vos dents, votre bouche et vos appareils implantés

- ☐ appareil dentaire supérieur ☐ appareil dentaire inférieur ☐ dents sur pivot, couronnes, bridges, implants
- ☐ dent fragile ou mobile — précisez : ..... ☐ appareils auditifs ☐ lentilles de contact rigides
- ☐ piercings (à enlever avant l'admission) ☐ pacemaker ☐ défibrillateur implantable ☐ neurostimulateur
- ☐ pompe à insuline ☐ autre appareil implanté — précisez : .....
- !** Avez-vous des difficultés à ouvrir grand la bouche (moins de 2 doigts entre les dents) ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous des difficultés ou des douleurs à bouger la tête ou la nuque ? ☐ Oui ☐ Non

## 12 Sommeil, douleur et confort

- Ronflez-vous fort ? ☐ Oui ☐ Non Êtes-vous fatigué-e durant la journée ? ☐ Oui ☐ Non
- A-t-on observé des pauses respiratoires pendant votre sommeil ? ☐ Oui ☐ Non
- Souffrez-vous du mal des transports ? ☐ Oui ☐ Non
- Douleur actuelle au niveau de la zone à opérer : ☐ aucune ☐ légère ☐ modérée ☐ sévère
- Êtes-vous anxieux-se vis-à-vis de l'anesthésie ? ☐ non ☐ un peu ☐ beaucoup *Parlez-en à votre anesthésiste.*

## 13 Remarques

*Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?*

### Votre attestation

J'ai lu et complété attentivement chaque rubrique de ce questionnaire ; les renseignements fournis sont exacts et complets à ma connaissance. J'ai bien reçu, avec ce questionnaire, le document d'information sur l'anesthésie ainsi que le formulaire de consentement d'anesthésie, que je remettrai signé au plus tard le jour de mon admission. Je m'engage à signaler tout changement de mon état de santé ou de mon traitement survenant avant l'intervention.

Fait le : ..... Nom : ..... Signature : .....

*Ce questionnaire est un document qui vous appartient : il est relu par votre anesthésiste avant l'intervention, puis scanné et conservé dans votre dossier d'anesthésie. Les conclusions de l'évaluation sont encodées dans le dossier informatisé.*

