|  |  |
| --- | --- |
| Nom:…………………………………………………………..  Prénom:………………………………………………………  Date de naissance:………………………………………  Taille :…………. cm poids: ……………kg  Groupe sanguin:……..………............................. Médecin traitant:………………………………………… | Intervention prévue: □ droite □ gauche  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Date intervention: ……/……/………  Chirurgien: …………………………………………… |

1. **Etes- vous allergique à: Si oui, quelles réactions?**

* Poussières domestiques □ oui □ non ……………………………………
* De rhume des foins? □ oui □ non ……………………………………
* Produits de contraste □ oui □ non ……………………………………
* Latex/caoutchouc □ oui □ non ……………………………………
* Antibiotiques: Lesquels? □ oui □ non ……………………………………
* Sparadrap: Lequel? □ oui □ non ……………………………………
* Produits de désinfection: Lesquels? □ oui □ non ……………………………………
* Anesthésiques locaux : Lesquels? □ oui □ non ……………………………………
* Medicaments: Lesquels? □ oui □ non ……………………………………
* Autres …………………………………………………………

1. **Vos habitudes:**

* Fumez- vous? □ oui □ non …../jour, durant ..…années
* Avez- vous cessé de fumer? □ oui □ non durant …….. années
* Consommez- vous de l’ alcool? □ oui □ non …….verres/jour

…….verres/ semaine

* Autres produits (drogues, stimulants, stupéfiants) □ oui □ non

Lesquels?.................................................fréquence………………………

**Pour les utilisateurs de drogues ou de stimulants, il est important d’en informer l’infirmière ou l’anesthésiste pour votre propre sécurité. Ces produits peuvent mettre votre vie en danger, durant l’anesthésie et l’opération.**

Document à remplir par le patient

1. **Y-a t’il dans votre famille des maladies héréditaires?** □ oui □ non

* Lesquels? ...…...………………………………………………………………………………………

1. **En ce moment; êtes-vous en traitement pour une maladie**

**chez votre médecin traitant/spécialiste (à part de l’intervention prévu)** □ oui □ non

* Laquelle? ………………………………………………….…………………………………………

1. **Avez-vous le mal de voyage?** □ oui □ non
2. **Etes-vous diabétique?** □ oui □ non

* Quelle médication prenez-vous?.............................................................

………………………………………………………………………………………………………..…...

* Utilisez-vous de l’insuline? □ oui □ non
  + Nom/ type- dose et heures:………………………………………………………

1. **Avez-vous déjà été opéré?** □ oui □ non

* Si oui, quand et pour quelles interventions?
  + En:…………… Pour:………………………………………………………………….
  + En:…………… Pour:………………………………………………………………….
  + En:…………… Pour:………………………………………………………………….

1. **Avez-vous eu durant l’anesthésie des réactions anormales?** □ oui □ non

* Si oui, lesquelles?.......................................................................................

1. **Un membre de votre famille a-t-il présenté des problèmes**

**pendant une opération?** □ oui □ non

* Si oui, lesquels?..........................................................................................

1. **Avez-vous…?**

* Un dentier? □ oui □ non □ machoire superieure □ machoire inferieure
* Des fausses dents? □ oui □ non □ machoire superieure □ machoire inferieure
* Des dents instables? □ oui □ non □ machoire superieure □ machoire inferieure
* Des verres de contacts? □ oui □ non
* Un appareil auditif? □ oui □ non

1. **Pathologie des poumons et des voies respiratoires.**

* Avez-vous une respiration sifflante? □ oui □ non
  + Si oui, quand? .......................................................................
* Etes- vous asmathique? □ oui □ non
* Avez-vous une bronchite chronique? □ oui □ non
* Etes-vous en traitement pour une maladie pulmonaire? □ oui □ non
  + Si oui laquelle?.............................................................................
* Avez- vous eu récemment un refroidissement, un syndrome grippal? □ oui □ non

1. **Pathologie des yeux.**

* Etes-vous actuellement en traitement pour une maladie oculaire? □ oui □ non
  + Si oui, précisez:………………………………………………………………………

Document à remplir par le patient

1. **Maladie du coeur.**

* Avez-vous des palpitations ou des troubles du rythme cardiaque? □ oui □ non
  + Quand?....................................................................................
* Avez-vous parfois les chevilles enflées? □ oui □ non
  + Quand?....................................................................................
* Etes-vous traité pour une maladie cardiaque? □ oui □ non
  + Laquelle?.................................................................................
* Pouvez-vous effectuer des tâches ménagères? □ oui □ non
  + Si non, pourqoui?.....................................................................
* Pouvez-vous monter sans problèmes deux étages d’escaliers? □ oui □ non
* Quels problèmes?...................................................................
* Pouvez-vous faire un gros effort (par exemple 5 km à vélo)? □ oui □ non
* Etes-vous en traitement pour votre tension arterielle ? □ oui □ non

1. **Maladie du systeme nerveux.**

* Avez-vous déjà été traité pour une maladie nerveuse ? □ oui □ non
  + Laquelle, décrivez:………………………………………………………………
* Avez-vous déjà perdu connaissance? □ oui □ non
* Avez-vous déjà été paralysé? □ oui □ non
* Souffrez-vous d’épilepsie? □ oui □ non
* Avez-vous eu des fourmillements dans des mains et/ ou les pieds? □ oui □ non

1. **Pathologie du dos.**

* Avez-vous parfois mal au dos? □ oui □ non
  + où?........................................................................................
* Cela provoque-t-il des douleurs dans les membres inférieurs ou

dans les cuisses? □ oui □ non

1. **Pathologie du cou et de la bouche.**

* Pouvez-vous facilement bouger la tête dans toutes les directions? □ oui □ non
* Pouvez-vous facilement ouvrir et fermer la bouche? □ oui □ non
* Ressentez-vous des douleurs dans le cou lorsque vous bouger la tête? □ oui □ non
* Cela provoque-t-il des douleurs dans les épaules ou les bras? □ oui □ non

1. **Maladies du foie et la vésicule.**

* Avez-vous une hépatite (à présent ou dans le passé)? □ oui □ non
* Avez-vous eu des problèmes biliaire? □ oui □ non
* Avez-vous eu des problèmes du foie? □ oui □ non

1. **Pathologie osseuse et appareil locomoteur.**

* Avez-vous une prothèse ou implantation? □ oui □ non
* Etes-vous limité dans certains mouvements qui sont sans rapport

avec l’intervention actuelle ? □ oui □ non

* Si oui, décrivez:………………………………………………………..…………..
* Etes-vous traité pour rhumatisme? □ oui □ non
* Avez-vous été traité pour de l’arthrite? □ oui □ non

Document à remplir par le patient

1. **Pathologie digestive.**

* Avez-vous déjà souffert d’un ulcère à l’estomac? □ oui □ non
* Rencontrez-vous des difficultés pour avaler? □ oui □ non
* Avez-vous des nausées ou vomissements? □ oui □ non
* Souffrez-vous de pyrosis ou d’aigreurs d’estomac? □ oui □ non

1. **Pathologie vasculaire.**

* Avez-vous des varices? □ oui □ non
* Avez-vous déjà eu des phlébites? □ oui □ non
  + Si oui, quelle année?.................................................................
* Avez-vous déjà été traité pour une maladie des vaisseaux sanguins? □ oui □ non

1. **Problèmes de coagulation**

* Prenez-vous des anticoagulants? □ oui □ non
* Avez-vous facilement des “bleus”? □ oui □ non
* Avez-vous déjà consulté un médecin pour des saignements du nez? □ oui □ non
* Vos gencives saignent-elles facilement? □ oui □ non

1. **Pathologie rénale et urinaire**

* Êtes-vous sous dialyse? □ oui □ non
* Êtes-vous ou étiez-vous dans le passé en traitement

pour une affection rénale? □ oui □ non

* + Si oui, laquelle?.........................................................................

1. **Avez-vous récemment eu la grippe?** □ oui □ non
2. **Souffrez-vous d’une maladie contagieuse?** □ oui □ non

* Si ou, laquelle?...................................................................................... □ je ne sais pas

1. **Êtes- vous HIV seropositif (SIDA)?** □ oui □ non

□ je ne sais pas

1. **Uniquement pour les patientes**

* Est-il possible que vous soyez enceinte? □ oui □ non
* Êtes-vous enceinte? □ oui □ non
* Avez-vous des menstruations (règles) importantes? □ oui □ non

1. **Prenez-vous des médicaments? Notez clairement lesquels, la dose en milligramme ou en gramme, le nombre et les heures de prise des médicaments. Mentionnez aussi les antidouleurs, les somnifères, et les médicaments pour maigrir.**

**Utilisez pour cela la liste ci-jointe!**

Document à remplir par le patient

**Liste des médicaments à usage personnel**

|  |
| --- |
| Notez uniquement les médicaments que vous prenez quotidiennement  Notez ici également les médicaments que vous avez acheté chez votre pharmacien ou ailleurs, sans prescription: antidouleurs, à usage gastrique contre les aigreurs, somnifères vitamines, suppléments alimentaires, sirops, gouttes oculaires… |

|  |
| --- |
| □ Je ne prends pas de médicaments |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Je prends **quotidiennement**: | | | | | | | |
| NOM COMPLET du médicament + **dosage** + forme (co, gouttes, sirop…) | | Quantité du médicament pris + quand? | | | | | Remarques: par exemple: à jeun, tous les 2 jours,  1X/ semaine,  si nécessaire, etc… |
|  | | matin | | midi | soir | heure du coucher |
| *P.e. Lasix 40 mg co* | | *1 (8u)* | | *0,5 (12u)* |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
| Médications prises de façon **non journalière**: | | | | | | | |
| *P.e. Fosamax 70 mg comprimé* | *1 (7u)* | |  | |  |  | *A jeun, 1 x /semaine* |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |

Document à remplir par le patient

**28. Désirez-vous encore signaler quelque chose ?** □ oui □ non

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**29. Où pouvons-nous vous atteindre pour d’éventuelles questions à éclaircir?**

Numéro de téléphone:………………….……………………………… Numéro GSM:……………..……………………………………………..

Courriel:……………………...……………………………@........................................................................................................

Numéro de téléphone médecin traitant: ……………………………………………………………………………………………………………

**Personne de contact:…………………………………………………………Numéro de téléphone/ GSM:……..…………………….**

**Avez-vous besoin d’un certificat/ attestation pour:**

▢ Incapacité de travail/ attestation pour l’école

▢ Soins à domicile

▢ Congé (social) pour votre partenaire

▢ Attestation pour votre assurance

Document à remplir par le patient

J’autorise de mon plein gré que anesthésie et/ou analgésie péri opératoire me soient administrées. Ces deux procédures sont exécutées par un/une anesthésiste diplômé(e). La période péri opératoire est la période entourant l’intervention.

FORMULAIRE DONNANT AUTORISATION POUR ANESTHESIE ET

ANALGESIE PERIOPERATOIRE

Je suis conscient(e) que anesthésie et/ou analgésie peuvent comporter certains risques. Ceci ne m’empêche pas de demander cette anesthésia et/ou analgésie. Je comprends également que le type d’anesthésie et/ou analgésie peut être modifié sans que j’en suis informé, si cela serait nécessaire.

Je suis conscient(e) que des complications rares (1/100.00) peuvent survenir lors de chaque type d’anesthésia et/ou analgésie. Ces complications rares sont: problèmes cardiaques et/ou respiratoires, réactions allergiques graves, lésions oculaires, nerveuses, cérébrales,… pouvant entrainer de graves conséquences.

D’autres complications sont liées au type d’anesthésie (liste non limitative):

* Anesthésie générale: lésions des cordes vocales, aux dents, lèvres, yeux; se réveiller durant l’anesthésie; troubles de la mémoire et confusion; nausées et vomissements; douleurs musculaires; lésions nerveuses; vertiges et troubles de la vision.
* Anesthésie/analgésie régionale, spinal, épidurale: lésions nerveuses, saignement, infection, maux de tête, nausées et vomissements, douleurs musculaires, vertiges et troubles de la vision.
* Sédation: troubles de la mémoire et confusion.

Je suis conscient(e) que les risques liés à l’anesthésie/analgésie peuvent être plus importantes à cause de mon état de santé actuel.

Je suis conscient(e) que les risques liés à l’anesthésie/ analgésie peuvent être plus importantes si je ne me tiens pas au directives fournies.

Je suis conscient(e) que l’anesthésiste ne peut me garantir le résultat de l’anesthésie/ analgésie.

Je serai à jeun pour l’intervention selon les directives de l’anesthésiste. J’ai pris note qu’il est interdit de manger et boire, de grignoter et de fumer à partir de 6 heures avant l’opération. Le matin de l’opération, je prendrai mes médicaments, à moins qu’ il me soit prescrit autrement. Je sais également qu’il est interdit de quitter l’hôpital sans accompagnement.

Durant 24 heures après l’intervention, il est interdit de conduire ni voiture, ni mobylette, ni bicyclette, ni d’utiliser des outils électriques. Il est interdit de consommer des boissons alcoolisées. En plus il y aura une présence responsable dès mon retour chez moi. Je ne signerai aucun document important, ni ne prendrait aucune décision importante.

Je déclare accepter une éventuelle prolongation de l’ hospitalisation si cela est indispensable.

Je déclare accepter l’administration de produits sanguins, si nécessaire.

Si vous n’êtes pas d’accord, biffer cette phrase et signer.

Je déclare avoir lu et compris ce formulaire d’ autorisation et si nécessaire avoir reçu des informations supplémentaires de l’anesthésiste.

Fait à……………………………………….

Signature du patient ou de son représentant Signature, nom et cachet du médecin

Précédé de “lu et approuvé”: