



AMT0833 - Questionnaire d'état de santé (HAQ etc.)



Centre de chirurgie ambulatoire

| |
|--|
| |
|--|

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

DONNÉES PERSONNELLES

| | | |
|--------|-------------------|------------|
| Nom | Date de naissance | |
| Prénom | Taille (cm) | Poids (kg) |

OPÉRATION PRÉVUE

| | |
|------------------------|------|
| Intervention planifiée | Date |
|------------------------|------|

OPÉRATIONS PRÉCÉDENTES

| | | |
|--|-----|-----|
| Avez-vous déjà été opéré-e? Si oui: quelles interventions? Avec quel type d'anesthésie (générale ou locale)? Quand? | Oui | Non |
| Avez-vous rencontré des problèmes suite à l'anesthésie? Si oui, lesquels? Nausées/vomissements Retard de réveil Problème respiratoire | Oui | Non |
| Un de vos parents directs a-t-il déjà rencontré des problèmes suite à une anesthésie? | Oui | Non |

TRAITEMENTS EN COURS

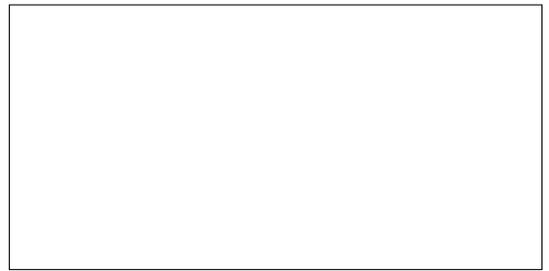
| | | |
|---|-----|-----|
| Médicament antiagrégant plaquettaire (par exemple: Aspirine, Plavix)? | Oui | Non |
| Médicament anticoagulant (par exemple: Sintrom, Eliquis, Xarelto, Pradaxa)? | Oui | Non |
| Autres médicaments (indiquer les noms et les doses): | | |

ÉTAT DE SANTÉ

| Questions générales | | |
|---|------------|------------|
| Avez-vous des allergies? Si oui, à quoi? Quelles réactions allergiques avez-vous eues? | Oui | Non |
| Etes-vous ou pourriez-vous être enceinte? | Oui | Non |
| Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes par jour et depuis combien d'années? | Oui | Non |
| Buvez-vous de l'alcool? Si oui, quel type d'alcool et combien de verres par jour? | Oui | Non |
| Prenez-vous ou avez-vous pris des drogues? | Oui | Non |
| Avez-vous des prothèses dentaires ou auditives, un piercing? Si oui, de quel type? | Oui | Non |
| Souffrez-vous d'un cancer? Si oui, lequel? | Oui | Non |
| Poumons | | |
| Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'asthme? | Oui | Non |
| Toussez-vous ou crachez-vous régulièrement? | Oui | Non |
| Avez-vous un syndrome d'apnée du sommeil? Si oui, êtes-vous appareillé-e? | Oui Oui | Non Non |
| Souffrez-vous d'insuffisance respiratoire chronique? Si oui, avez-vous de l'oxygène à la maison? | Oui Oui | Non Non |



AMT0833 - Questionnaire d'état de santé (HAQ etc.)



| Cœur et vaisseaux | | |
|---|-----|-----|
| Faites-vous du sport de manière régulière? | Oui | Non |
| Pouvez-vous monter deux étages sans être essoufflé-e? | Oui | Non |
| Avez-vous, ou avez-vous eu, les problèmes cardiaques suivants : | | |
| Hypertension artérielle? | Oui | Non |
| Douleurs ou sensations d'oppression dans la poitrine? | Oui | Non |
| Cœur trop rapide ou irrégulier? | Oui | Non |
| Perte brutale de connaissance? | Oui | Non |
| Phlébite ou embolie pulmonaire? | Oui | Non |
| Avez-vous des stents dans les artères du cœur? | Oui | Non |
| Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur? | Oui | Non |
| Etes-vous suivi-e par un-e cardiologue? Si oui, nom | Oui | Non |
| Système nerveux et musculo-squelettique | | |
| Avez-vous régulièrement des migraines? | Oui | Non |
| Souffrez-vous d'épilepsie? | Oui | Non |
| Avez-vous eu une attaque cérébrale? | Oui | Non |
| Si oui, avez-vous des séquelles? | Oui | Non |
| Avez-vous une maladie musculaire (myopathie, myasthénie)? | Oui | Non |
| Si oui, laquelle? | | |
| Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale (hernie, tassement, fracture)? | Oui | Non |
| Si oui, quel type de problème? | | |
| Sang et coagulation | | |
| Avez-vous déjà eu des transfusions? | Oui | Non |
| Avez-vous une maladie du sang? | Oui | Non |
| Avez-vous tendance à faire facilement des hématomes (bleus)? | Oui | Non |
| Saignez-vous facilement du nez ou en vous brossant les dents? | Oui | Non |
| Avez-vous déjà eu des saignements prolongés après une opération ou une extraction dentaire? | Oui | Non |
| Appareil digestif et urinaire | | |
| Avez-vous des problèmes gastriques (reflux gastrique, ulcère)? | Oui | Non |
| Souffrez-vous d'insuffisance rénale? | Oui | Non |
| Etes-vous en traitement de dialyse? | Oui | Non |
| Métabolisme | | |
| Avez-vous des problèmes de thyroïde? | Oui | Non |
| Avez-vous un cholestérol élevé? | Oui | Non |
| Souffrez-vous de diabète? | Oui | Non |
| Si oui, prenez-vous de l'insuline? | Oui | Non |
| Souhaitez-vous communiquer d'autres informations à l'anesthésiste? | | |
| | | |

Merci de retourner le formulaire rempli par e-mail à cpc.cca@chuv.ch
ou par courrier postal à l'adresse:
CHUV – Centre de chirurgie ambulatoire
Avenue de Beaumont 24c
1011 Lausanne - CHUV

Date _____

Signature _____



Contact en cas de questions: 021 314 15 00 ou cpc.cca@chuv.ch