



SCAN164
Patiëntenvragenlijst

QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE ET INFORMATIONS POUR LES ENFANTS

SERVICE ANESTHÉSIE | CONSULTATION D'ANESTHÉSIE PRÉOPÉRATOIRE
T +32 (0)9 332 11 53

ADREMA

Informations pour les parents

Ce document nous permet d'évaluer l'état de santé de votre enfant avant une intervention chirurgicale, un examen ou un traitement. Ce questionnaire fait partie du bilan préopératoire et est strictement confidentiel. Vous pouvez compléter vous-même le document ou le faire remplir par un représentant.

En apposant votre signature sur ce formulaire, vous donnez également l'autorisation pour l'anesthésie. Veuillez assurément lire les directives pour une intervention sous narcose ou sédation. Vous trouverez davantage d'informations sur www.uzgent.be/anesthesie.

Ici, vous pouvez également autoriser le service d'Anesthésie à utiliser les données du dossier médical de votre enfant en vue d'études scientifiques.

Informations pour les médecins

Quels sont les examens préopératoires nécessaires pour votre patient ? Consultez l'article sur <https://kce.fgov.be> (mot-clé « examens préopératoires »).

1 DONNÉES PERSONNELLES

▲ DONNÉES CONCERNANT LE PATIENT

Nom : _____

Date de naissance : - -

N° tél. : _____

▲ DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Âge : _____ ans

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

▲ PERSONNE À CONTACTER

Nom du parent ou du tuteur : _____

N° tél. : _____

Médecin de famille : _____

N° tél. médecin de famille : _____

▲ OPÉRATION, EXAMEN, TRAITEMENT POUR LEQUEL L'ENFANT EST ADMIS

Date : - -

Opération : _____ droite – gauche*

Nom de l'accompagnateur/-trice : _____

N° tél. accompagnateur/-trice : _____

2 QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

▲ VOTRE ENFANT EST-IL ALLERGIQUE OU HYPERSENSIBLE AU(X) :

Latex	oui – non*	
Sparadraps	oui – non*	
Acariens de la poussière/poussière	oui – non*	
Anesthésiants chez le dentiste	oui – non*	
Plantes, pollen ou arbres	oui – non*	
Désinfectants/iode	oui – non*	
Médicaments	oui – non*	Lesquels ? _____
Aliments ou autres substances?	oui – non*	Lesquels ? _____

▲ ETAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

Votre enfant a-t-il déjà été gravement malade ?	oui – non*	Quelle maladie ? _____ _____
Votre enfant a-t-il été malade au cours des 6 dernières semaines ?	oui – non*	
Votre enfant est-il né prématurément ?	oui – non*	A _____ semaines Poids à la naissance : _____ kg
Votre enfant suit-il un régime particulier ?	oui – non*	Lequel ? _____

▲ VOTRE ENFANT ...

Est-il sur le point de perdre des dents ?	oui – non*	Lesquels ? _____
Porte-t-il des lentilles de contact ?	oui – non*	
Porte-t-il des piercings ?	oui – non*	Si oui, veuillez les ôter à la maison

▲ VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ OU HOSPITALISÉ ?

Si oui,		oui – non*
Pour quelle intervention ?	Quand ?	Dans quel hôpital ?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

▲ Y A-T-IL EU DES PROBLÈMES LORS DES HOSPITALISATIONS PRÉCÉDENTES ?

Si oui,		oui – non*
Lesquels ?	Quand ?	Quelle anesthésie ?
_____	_____	Générale / locale*
_____	_____	Générale / locale*
_____	_____	Générale / locale*
_____	_____	Générale / locale*

▲ ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Y a-t-il déjà eu des complications importantes dans votre famille lors d'une anesthésie ? oui – non*

Lesquelles ? _____

Un membre de votre famille souffre-t-il d'une anomalie congénitale ? oui – non*

Laquelle ? _____

▲ AFFECTIONS DE LA GORGE ET DE LA BOUCHE

L'ouverture de la bouche est-elle restreinte ? oui – non* Placez deux doigts superposés au niveau de la bouche ouverte

Y a-t-il un problème de mobilité au niveau de la tête ? oui – non*

▲ MALADIES CONTAGIEUSES

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie contagieuse ? oui – non*

Laquelle ? _____

▲ DIABÈTE

Votre enfant souffre-t-il de diabète ? oui – non*

▲ MALADIES DES POUMONS ET DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Votre enfant a-t-il une respiration sifflante ? oui – non*

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ou du rhume des foins ? oui – non*

Votre enfant suit-il (a-t-il suivi) un traitement pour une maladie pulmonaire ? oui – non*

Laquelle ? _____

▲ MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Votre enfant suit-il (a-t-il suivi) un traitement pour une maladie cardiovasculaire ? oui – non*

Laquelle ? _____

Votre enfant souffre-t-il d'un souffle au cœur ? oui – non*

Les lèvres de votre enfant sont-elles parfois bleues ? oui – non*

Votre enfant est-il à bout de souffle lorsqu'il joue, court ou fait du vélo ? oui – non*

▲ MALADIES DES REINS

Votre enfant suit-il (a-t-il suivi) un traitement pour une maladie des reins ? oui – non*

Laquelle ? _____

▲ PROBLÈMES DE COAGULATION SANGUINE

Votre enfant a-t-il facilement des bleus sans raison apparente ? oui – non*

Votre enfant a-t-il facilement les gencives qui saignent ? oui – non*

▲ MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Votre enfant a-t-il déjà suivi un traitement contre la jaunisse ?	oui – non*
Votre enfant a-t-il souvent la nausée ou doit-il vomir souvent ?	oui – non*
Votre enfant souffre-t-il du mal des transports ?	oui – non*
Quand ? _____	
Papa ou maman, souffre-t-il/elle du mal des transports ?	oui – non*

▲ MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Votre enfant a-t-il déjà perdu connaissance ?	oui – non*
Votre enfant souffre-t-il d'épilepsie ?	oui – non*
Votre enfant souffre-t-il d'une maladie musculaire ?	oui – non*

▲ MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ou en a-t-il pris au cours des six derniers mois ?	oui – non*
Si oui, veuillez lire les informations au sujet des médicaments habituels et emporter le schéma de médication complété. Vous trouverez ces documents dans le dossier d'admission ou sur www.uzgent.be/opnamedocumenten .	

3 DÉCLARATION D'INFORMATION AU SUJET DES ÉTUDES SCIENTIFIQUES

☐ J'autorise le service d'Anesthésie à utiliser les données du dossier médical de mon enfant en vue d'études scientifiques.

Votre enfant va bientôt subir une intervention, un traitement ou un examen sous anesthésie régionale ou générale. Pour garantir la sécurité de votre enfant, l'anesthésiste a besoin de **données du dossier médical de votre enfant** : ses antécédents médicaux et ses paramètres (comme la tension artérielle, la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène) qui sont automatiquement enregistrés durant l'intervention.

▲ UTILISATION DE DONNÉES EN VUE D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES

Ces données sont également très utiles pour les études scientifiques menées par le service d'Anesthésie. Grâce à ces études, nous souhaitons étoffer nos connaissances au sujet de l'anesthésie dans différentes affections, au profit de futurs patients.

Pour cette raison, nous vous demandons **l'autorisation d'utiliser après coup les données du dossier médical de votre enfant, pour nos études scientifiques**. Nous n'utilisons ces données que dans le cadre d'études scientifiques observationnelles en médecine périopératoire et à des fins de contrôles de qualité internes dans le service d'Anesthésie.

▲ QUI PEUT CONSULTER LES DONNÉES ?

Si vous donnez votre autorisation, les médecins, médecins spécialistes en formation et/ou étudiants en médecine peuvent consulter les données. Les données personnelles et cliniques de votre enfant seront toutefois anonymisées. Cela veut dire **qu'il ne sera plus possible d'établir un lien avec le dossier médical personnel**.

Les études sont toujours menées sous la direction et la supervision d'un membre du service d'Anesthésie. Tous les collaborateurs sont tenus au secret médical ou signent un formulaire de confidentialité.

▲ PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous décidez **volontairement** si vous souhaitez ou non participer à nos études scientifiques. Vous ne devez pas justifier votre refus éventuel. Un refus n'aura également aucune influence sur la suite du traitement ou sur les relations avec le médecin traitant.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en le signalant à votre anesthésiste. Sachez toutefois que nous ne pourrions pas supprimer les données déjà traitées à ce moment.

▲ PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'UZ Gent veille scrupuleusement à la protection des données personnelles. Nous conduisons uniquement des études scientifiques qui ont été **approuvées par le Comité d'éthique** de l'UZ Gent. Le Comité d'éthique surveille les droits du patient.

Pour plus d'informations sur la protection des données personnelles, vous pouvez contacter le **Délégué à la Protection des Données** de l'UZ Gent : Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be.

▲ VOTRE AUTORISATION

Si vous acceptez, veuillez cocher la case ci-dessus.
Si vous ne souhaitez pas participer, laissez la case vierge.

▲ VOUS SOUHAITEZ PLUS D'INFORMATIONS ?

Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre anesthésiste, ou appelez le service d'Anesthésie au numéro 09 332 32 81.

4 DIRECTIVES POUR UNE INTERVENTION SOUS NARCOSE OU SÉDATION

- Je m'en tiens aux **accords concernant le fait d'être à jeun**.
Il peut être dangereux d'inhaler le contenu de l'estomac durant une narcose ou une sédation.
- Je donne à mon enfant uniquement les **médicaments** prescrits par le médecin.
Certains médicaments peuvent avoir de graves effets secondaires lors d'une narcose ou d'une sédation.
- Mon enfant retire les **bijoux et piercings** (également ceux situés à des endroits moins visibles) ou les fait retirer au préalable.
Lors d'une intervention, les bijoux et piercings peuvent causer des lésions graves (déchirure, brûlure).
- Je m'occupe de la garde de mon enfant. Même le lendemain, une opération ou une anesthésie peut continuer à produire des effets.
- J'accepte que **les informations de mon enfant** soient traitées de manière anonyme (suivi et enquête téléphonique/numérique).
Les données peuvent être utilisées dans le cadre de contrôles de qualité internes.

Uniquement en cas d'hospitalisation de jour

- Mon enfant passe la nuit à l'hôpital si le chirurgien et/ou l'anesthésiste l'estiment nécessaire.
-

5 AUTORISATION POUR L'ANESTHÉSIE

J'ai reçu suffisamment d'informations au sujet de l'intervention, de l'examen, de la narcose et des soins postopératoires.
J'ai lu les informations au sujet de l'anesthésie sur www.uzgent.be/anesthesie ou dans la brochure de Chirurgie en hôpital de jour.
Je m'engage à suivre scrupuleusement toutes les recommandations.

Je donne mon accord pour une intervention chirurgicale ou un examen sous anesthésie (générale/locale/partielle) sur mon enfant.

Lu et approuvé

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____