

QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE ET INFORMATIONS POUR LES ADULTES

SERVICE ANESTHÉSIE
Responsable du service
Prof. dr. Luc De Baerdemaeker

CONSULTATION D'ANESTHÉSIE PRÉOPÉRATOIRE

T +32 (0)9 332 11 53

ADREMA

Informations pour les patients

Ce document nous permet d'évaluer votre état de santé 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 de votre dossier médical 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/ACCOMPAGNANT

Nom de la personne à contacter/accompagnant: _____

N° tél. de la personne à contacter/accompagnant: _____

Médecin de famille: _____

N° tél. médecin de famille: _____

▲ OPÉRATION, EXAMEN, TRAITEMENT POUR LEQUEL VOUS ÊTES HOSPITALISÉ(E)

Date: - -

Opération: _____ droite – gauche*

Nom de l'accompagnateur/-trice: _____

N° tél. accompagnateur/-trice: _____

2 QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

▲ ETES-VOUS 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? _____

▲ HABITUDES

Fumez-vous?	oui – non*	Combien? _____ /jour Depuis combien de temps? _____ an(s)
Avez-vous fumé?	oui – non*	Pendant combien de temps? _____ an(s)
Buvez-vous de l'alcool?	oui – non*	Combien? _____ verre(s)/jour/semaine
Consommez-vous régulièrement de la drogue?	oui – non*	Le(s)quel(s)? _____

▲ AVEZ-VOUS/PORTEZ-VOUS ...

Un dentier?	oui – non*	
Des fausses dents?	oui – non*	
Des dents sur le point de tomber?	oui – non*	Laquelle/Lesquelles? _____
Des lentilles de contact?	oui – non*	
Un appareil auditif?	oui – non*	
Des piercings?	oui – non*	Si oui, veuillez les ôter chez vous
Des faux ongles?	oui – non*	Si oui, veuillez les ôter chez vous
Un pacemaker ou stimulateur?	oui – non*	
Une pompe implantée (contre la douleur ou pour toute autre raison médicale)?	oui – non*	

▲ AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ?

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?
_____	_____	Totale / partielle / locale*
_____	_____	Totale / partielle / locale*
_____	_____	Totale / partielle / locale*

▲ ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Un membre de votre famille a-t-il déjà fait une réaction à une anesthésie? oui – non*

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

▲ AFFECTIONS DE LA GORGE ET DE LA BOUCHE

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche? oui – non* Placez au moins deux doigts superposés
au niveau de la bouche ouverte

Avez-vous des difficultés à bouger la tête? oui – non*

Lorsque vous bougez la tête, ressentez-vous des douleurs au niveau de la nuque, des épaules ou des bras? oui – non*

▲ RÉSERVÉ AUX PATIENTES

Etes-vous (Est-il possible que vous soyez) enceinte? oui – non*

Avez-vous des règles abondantes? oui – non*

▲ MALADIES CONTAGIEUSES

Souffrez-vous d'une maladie contagieuse? oui – non*

Laquelle? _____

▲ DIABÈTE

Souffrez-vous de diabète? oui – non*

▲ MALADIES DES POUMONS ET DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Avez-vous une respiration sifflante? oui – non*

Souffrez-vous d'asthme ou du rhume des foins? oui – non*

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement pour une maladie pulmonaire? oui – non*

▲ MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Ressentez-vous des douleurs ou avez-vous l'impression d'être pris dans un étau
au niveau des bras ou de la poitrine lorsque vous faites un effort? oui – non*

Souffrez-vous de palpitations cardiaques? oui – non*

Avez-vous parfois les pieds gonflés? oui – non*

Dormez-vous à moitié assis? oui – non*

Avez-vous des difficultés lorsque vous effectuez des tâches ménagères? oui – non*

Etes-vous à bout de souffle lorsque vous montez les escaliers de deux étages? oui – non*

Suivez-vous un traitement pour une maladie cardiaque? oui – non*

Avez-vous déjà souffert de phlébite? oui – non*

Avez-vous (eu) une maladie vasculaire? oui – non*

Quelle est votre tension artérielle normale? ____ / ____

▲ MALADIES DES REINS ET DE L'APPAREIL URINAIRE

Etes-vous un patient dialysé? oui – non*

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement pour une maladie des reins? oui – non*

Laquelle? _____

▲ PROBLÈMES DE COAGULATION DU SANG

Avez-vous souvent des bleus? oui – non*
Avez-vous déjà saigné du nez? oui – non*
Avez-vous des gencives qui saignent facilement? oui – non*

▲ MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DU FOIE

Souffrez-vous souvent de brûlures d'estomac? oui – non*
Avez-vous souvent la nausée ou vomissez-vous facilement? oui – non*
Souffrez-vous du mal des transports? oui – non*
Quand? _____
Avez-vous déjà fait la jaunisse? oui – non*
Quelle forme? _____

▲ MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Souffrez-vous d'épilepsie? oui – non*
Avez-vous déjà suivi un traitement chez un neurologue ou un psychiatre? oui – non*
Avez-vous souvent des fourmillements, des sensations de picotement ou d'insensibilité au niveau des membres? oui – non*
Où? _____

▲ MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Souffrez-vous parfois du dos? oui – non*
Souffrez-vous de rhumatisme ou d'arthrite? oui – non*
Portez-vous une prothèse de l'épaule, du genou ou de la hanche? oui – non*

▲ MÉDICAMENTS

Prenez-vous des médicaments? 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 de mon dossier médical en vue d'études scientifiques.

Vous allez bientôt subir une intervention, un traitement ou un examen sous anesthésie régionale ou générale. Pour garantir votre sécurité, l'anesthésiste a besoin de **données de votre dossier médical** : vos antécédents médicaux et vos paramètres (comme votre tension artérielle, votre fréquence cardiaque et votre 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 de votre dossier médical, 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 VOS DONNÉES ?

Si vous donnez votre autorisation, les médecins, médecins spécialistes en formation et/ou étudiants en médecine peuvent consulter vos données. Vos données personnelles et cliniques seront toutefois anonymisées. Cela veut dire **qu'il ne sera plus possible d'établir un lien avec votre 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 de votre traitement ou sur les relations avec votre médecin traitant.

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

▲ PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'UZ Gent veille scrupuleusement à la protection de vos 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 de vos 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 prends uniquement les **médicaments** prescrits par le médecin.
Certains médicaments peuvent avoir de graves effets secondaires lors d'une narcose ou d'une sédation.
- Je retire mes **bijoux et piercings** (également ceux situés à des endroits moins visibles) ou les fais retirer au préalable.
Lors d'une intervention, les bijoux et piercings peuvent causer des lésions graves (déchirure, brûlure).
- Je ne consomme **pas d'alcool** jusqu'à 24 heures après l'intervention.
L'alcool peut provoquer de graves effets secondaires après une anesthésie ou une opération.
- Je ne prends **aucune décision importante** juste après l'opération et je tiens compte d'une interruption d'activités.
Même le lendemain, une opération ou une anesthésie peut continuer à produire des effets.
- J'accepte que **mes informations** 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

- Je **ne prends pas le volant** moi-même le jour **de l'intervention** et je me fais accompagner par _____
(nom de l'accompagnant). En raison de l'anesthésie ou de l'opération (p. ex. opération des yeux), je ne peux pas me déplacer seul en toute sécurité (voiture, vélo, moto, transport en commun).
- Je peux faire appel à _____ (nom partenaire, membre de la famille, ami, accompagnant ou autre)
si j'ai un problème la nuit suivant l'intervention ou le traitement).
- Je 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 subir une intervention chirurgicale ou un examen sous anesthésie (générale/locale/partielle).

Lu et approuvé

Date: _____ / _____ / _____

Signature: _____