

à compléter et à présenter  
impérativement lors de la  
consultation d'anesthésie

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi de vous faire opérer au CH Tubize-Nivelles. En vue de préparer au mieux cette intervention avec vous, une consultation d'anesthésie a été planifiée. Afin de faciliter celle-ci nous vous demandons de compléter le document suivant et de le remettre à l'anesthésiste lors de votre consultation. Au besoin, faites-vous aider par votre médecin traitant. Munissez-vous également des résultats d'examens que vous pourriez avoir fait au cours des 12 derniers mois (prise de sang, électrocardiogramme...).

## Préparation à la consultation pré-opératoire

Nom : ..... Prénom : .....

Date naiss. : ..... / ..... / ..... Age : ..... ans Poids : ..... kg Taille : ..... cm

1. Avez-vous déjà été opéré ?

non

oui, précisez :

2. Avez-vous (ou un membre de votre famille) eu des complications suite à une anesthésie ?

non

oui, précisez :

3. Avez vous des allergies ?

non

oui, précisez :

4. Saignez-vous facilement, faites-vous spontanément des hématomes (« bleus »), y a-t-il dans votre famille des problèmes de saignement ?

non

oui, précisez :

5. Consommation :

19999



*voir verso*

<i>Alcool</i>	<i>Tabac</i>	<i>Cannabis et autres drogues</i>
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> à l'occasion	<input type="checkbox"/> oui, précisez :	<input type="checkbox"/> oui, précisez :
<input type="checkbox"/> régulièrement, précisez :		
..... verre/jour	..... paquet/jour	

6. Prenez-vous des médicaments ?

- non
- oui – mentionner nom, dose et moment de la prise :

7. Etes-vous porteur de :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> pace-maker              | <input type="checkbox"/> prothèse auditive     | <input type="checkbox"/> prothèse dentaire |
| <input type="checkbox"/> défibrillateur implanté | <input type="checkbox"/> prothèse orthopédique | <input type="checkbox"/> pivots, implants  |

8. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une ou plusieurs maladies suivantes ?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> bronchite chronique     | <input type="checkbox"/> varices, phlébite     | <input type="checkbox"/> thrombose au cerveau       |
| <input type="checkbox"/> emphysème               | <input type="checkbox"/> insuffisance veineuse | <input type="checkbox"/> rhumatisme                 |
| <input type="checkbox"/> asthme                  | <input type="checkbox"/> embolie pulmonaire    | <input type="checkbox"/> hépatite                   |
| <input type="checkbox"/> hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> diabète               | <input type="checkbox"/> HIV                        |
| <input type="checkbox"/> infarctus du myocarde   | <input type="checkbox"/> insuffisance rénale   | <input type="checkbox"/> ulcère gastrique, gastrite |
| <input type="checkbox"/> angine de poitrine      | <input type="checkbox"/> problème thyroïdien   | <input type="checkbox"/> hernie hiatale, reflux     |
| <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque  | <input type="checkbox"/> épilepsie             | <input type="checkbox"/> autre, précisez :          |

19999

