

SERVICE D'ANESTHESIE

Chef de Service : Dr. D. Verhaeghen

Téléphone +32 (0) 53 76 41 17

POUR LE MEDECIN, DIRECTIVES EXAMENS PREOPERATOIRES : www.riziv.fgov.be > dispensateurs de soins > médecins > promotion de la qualité > feedbackcampagnes > feedback examens préopératoires > Medflash septembre 2005

QUESTIONNAIRE PREOPERATOIRE POUR ENFANTS

Ce questionnaire a été rédigé pour connaître l'état de santé de votre enfant en vue de l'intervention prévue, examen ou traitement. Il fait également partie de l'examen préopératoire. Ces informations seront bien évidemment traitées en toute confidentialité. Par ce formulaire signé, vous donnez l'accord pour procéder à l'anesthésie. Veuillez remplir et signer le questionnaire.

Nom :	Adrema
Date de naissance :	
Nom mère/père/ tuteur :	
Tél. :	
Médecin de famille :	
Tél. :	

Âge :	ans	Poids :	kg	Taille :	cm
Groupe sanguin :					

1. Opération, examen ou traitement pour lesquels votre enfant est admis actuellement*

Date : / / Opération : Droite/ Gauche *

Admission via l'hôpital de jour : Oui / Non *

Si oui, admission via l'hôpital de jour : Nom accompagnateur :

Tél. :

Pas d'admission via l'hôpital de jour : Admission la veille au soir/ le matin de l'intervention *

2. Votre enfant est-il allergique...:

Au latex/à la gomme, aux sparadraps adhésifs :	Oui – Non *
Aux acariens de la poussière de maison, à la poussière de maison :	Oui – Non *
Aux anesthésiques (dentiste) :	Oui – Non *
Aux plantes, pollens, arbres :	Oui – Non *
Aux désinfectants, au lode :	Oui – Non *
A certains médicaments :	Oui – Non *
Aux aliments ou quelque chose d'autre ?	Oui – Non *

3. Etat de santé général

* Entourer la bonne réponse et donner si possible des explications

Est-ce que votre enfant a déjà été malade gravement ? <i>Quelle maladie ?</i> <i>Depuis combien d'années ? ans</i>	Oui- Non *
Est-ce que votre enfant a été malade les six dernières semaines ?	Oui – Non *
Votre enfant est-il né prématurément ? Si oui, à quelle semaine de grossesse est-il né ? Poids de naissance ?	Oui – Non *
Est-ce que votre enfant suit un régime ? <i>Lequel ?</i>	Oui – Non *

4. Votre enfant a-t-il ... ?

Des dents branlantes ? <i>Lesquelles ?</i>	Oui – Non *
Des lentilles de contact ?	Oui – Non *
Des piercings ? (Si oui, enlevez les piercings déjà à la maison)	Oui – Non *

5. A-t-il déjà été hospitalisé ou opéré dans un hôpital ? Oui – Non*

Si oui :

Pour quelle raison ?
.....
.....
Quand ?
Quel hôpital ?.....
.....

Y a-t-il eu des problèmes ? <i>Lesquels ?</i>	Oui – Non *
Quelle technique d'anesthésie a été appliquée ?	Totale / Locale *
Votre enfant a-t-il réagi de façon particulière lors d'une anesthésie ? <i>Comment ?</i>	Oui – Non *

6. Familial

Y a-t-il un incident particulier chez un proche parent dans le cadre d'une anesthésie ? <i>Si oui, lequel ?</i>	Oui – Non *
Avez-vous quelqu'un de la famille qui souffre d'anomalies congénitales ? <i>Si oui, lesquelles ?</i>	Oui – Non *

7. Maladies au niveau de la nuque, du cou et de la bouche

L'orifice buccal de votre enfant, est-il assez grand ? <i>Vous pouvez contrôler ceci en essayant si vous pouvez introduire deux doigts, l'un sur l'autre, dans votre orifice buccal</i>	Oui – Non *
Est-ce que votre enfant peut bien bouger la tête dans toutes les directions ?	Oui – Non *

* Entourer la bonne réponse et donner si possible des explications

8. Souffre-t-il d'une maladie contagieuse ?

Oui – Non*

Laquelle ?
.....
.....
.....

9. Votre enfant est-il diabétique ?

Oui – Non*

10. Maladies des poumons et des voies respiratoires

A-t-il une respiration sifflante ?	Oui – Non *
Est-ce que votre enfant souffre d'asthme ou du rhume des foins ?	Oui – Non *
Est-ce que votre enfant suit (ou a suivi) un traitement pour une maladie pulmonaire ? <i>Laquelle ?</i>	Oui – Non *

11. Maladies du coeur et des vaisseaux sanguins

Est-ce que votre enfant suit (ou a suivi) un traitement pour une maladie cardiaque ou vasculaire ?	Oui – Non *
A-t-il un souffle au coeur ?	Oui – Non *
A-t-il parfois des lèvres bleues ?	Oui – Non *
Est-ce que votre enfant est essoufflé quand il joue ou quand il fait de la bicyclette ?	Oui – Non *

12. Maladies des reins

Est-ce que votre enfant suit (ou a suivi) un traitement pour une maladie rénale ? <i>Laquelle ?</i>	Oui – Non *
--	-------------

13. Problèmes de coagulation du sang

Se fait-il facilement des bleus sans raison ?	Oui – Non *
Souffre votre enfant de saignement de la gencive ?	Oui – Non *

14. Maladies du système digestif

A-t-il déjà suivi un traitement pour la jaunisse ?	Oui – Non *
--	-------------

15. Maladies du système nerveux

A-t-il déjà perdu conscience ?	Oui – Non *
Souffre votre enfant d'épilepsie ou de maladie tombante ?	Oui – Non *
Souffre votre enfant d'une maladie musculaire ?	Oui – Non *

16. Votre enfant suit-il ou a-t-il suivi un traitement médical durant les six derniers mois ?

Oui – Non *

Notez bien quel(s) médicament(s), la quantité (mg ou g) et l'heure à laquelle votre enfant prend ces médicaments. Veuillez demander la liste à votre médecin de famille et de l'apporter.

Nom médicament	Quantité (mg ou g)	Quand ?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

17. Est-ce que votre enfant prend des remèdes homéopathiques, médicamenteux ou des compléments alimentaires ou a-t-il pris ceci les six derniers mois? Oui – Non *

Lesquels ?
.....
.....

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- 1. Le soir avant l'opération, votre enfant ne peut plus rien manger, boire ou grignoter à partir de 24 h, (seulement un léger repas est encore autorisé avant 20 h.). Boire de l'eau est autorisé jusqu'à 2 h avant l'admission à l'hôpital. L'allaitement maternel est autorisé jusqu'à 4 h avant l'admission. Pour un examen ou intervention du système digestif, il peut y avoir d'autres dispositions mentionnées par le médecin traitant.*
- 2. Veuillez apporter un pyjama et des pantoufles, pas de vêtements trop serrés même pour l'hôpital de jour.*
- 3. Il faut absolument enlever les lunettes, l'appareil auditif ainsi que les piercings, pinces à cheveux, etc. lors de la préparation de l'intervention chirurgicale.*
- 4. VEUILLEZ APPORTER TOUS LES MEDICAMENTS QUE VOTRE ENFANT PREND ACTUELLEMENT OU A PRIS LES TROIS DERNIERES SEMAINES.**

* Entourer la bonne réponse et donner si possible des explications

5. *Sauf en cas d'une contre-indication médicale, le parent/tuteur peut être présent au bloc opératoire et en salle de réveil, chez l'enfant concerné. Voulez-vous profiter de cette possibilité ?*

Non

Oui, dans le bloc opératoire jusqu'à l'induction

Oui, dans la salle de réveil

J'ai lu ce questionnaire et le dépliant "C'est quoi l'anesthésie". J'ai compris toutes les questions. Je déclare l'avoir rempli consciencieusement. Je donne mon consentement à l'anesthésie .

En cas d'une admission dans l'hôpital de jour, je déclare d'être au courant des consignes pour une hospitalisation de jour (voir annexe).

Fait le : (date) / / par (nom) :

Signature :