

Questionnaire de santé

pour les personnes à mobilité réduite

Veillez remplir aussi précisément et complètement que possible !

Données personnelles

Nom :		Sexe :		
Prénom :		<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> autre
Date de naissance :	Taille	cm	Poids	kg
Qui est le médecin de famille (nom, adresse, numéro de téléphone)				
Qui doit être informé en cas d'urgence (nom, numéro de téléphone)				

Résidence/Tuteur(rice) du patient

Domicile :	
Rue :	Code postal: Ville de résidence :
Nom, prénom du (de la) tuteur (tutrice) :	
Téléphone du domicile :	Portable :

Parents / tuteurs légaux / personne en charge / responsable légal du patient

Nom, prénom :	
Rue :	Code postal: Ville de résidence :
Téléphone privé :	Téléphone professionnel :
Portable :	Adresse e-mail :

Opération prévue / traitement prévu

Quelle est l'opération ?	Date :
Qui va opérer/soigner votre enfant ?	

Opérations / traitements antérieurs sous anesthésie aucun

Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand ?
Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand ?
Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand ?

Y a-t-il eu des problèmes / complications ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?		
Y a-t-il eu des incidents d'anesthésie dans votre famille ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ?		

Maladies sous-jacentes / Cause des restrictions

Cause génétique ou chromosomique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manque d'oxygène pendant l'accouchement / « paralysie cérébrale »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
État après un traumatisme crânien ou une méningite (meningitis)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accident vasculaire cérébral, « AVC » (hémorragie cérébrale ou infarctus cérébral)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lesquelles ?		

Condition physique

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes ?

Maladie cardiaque (crise cardiaque, arythmie cardiaque, modification de la valve)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (embolie pulmonaire, asthme, bronchite, emphysème)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trouble de la coagulation (thrombose, ecchymoses, tendance accrue aux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles gastro-intestinaux (régurgitations acides, brûlures d'estomac, vomissements fréquents)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète (diabetes mellitus) Si oui : <input type="checkbox"/> avec insuline <input type="checkbox"/> sans insuline	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres maladies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lesquelles ?		
Allergies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lesquelles ?		

Le patient a-t-il régulièrement besoin de médicaments ? Oui Non

Lesquels ?	Lesquels ?
Lesquels ?	Lesquels ?
Lesquels ?	Lesquels ?

Si c'est le cas, veuillez joindre une liste détaillée.

Assistance

Le patient a-t-il besoin d'un fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le patient porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le patient a-t-il besoin d'un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le patient porte-t-il une prothèse dentaire ? (prothèse, bridge, dents à pivot)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Capacité de coopération

Le patient est-il capable de coopérer suffisamment pour que l'induction de l'anesthésie soit possible sans résistance majeure ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le patient a-t-il besoin d'un sédatif au préalable ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non