



Kroonveldlaan 50 - 9200 Dendermonde  
Koevliet 6 - 9240 Zele

Service anesthésie  
Réanimation – Clinique de la douleur  
Soins intensifs

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une intervention chirurgicale ou d'un examen médical, vous subirez prochainement une anesthésie. Afin que celle-ci puisse se dérouler dans les meilleures conditions, l'anesthésiste doit disposer d'informations précises relatives à votre état de santé. En effet, certains médicaments que vous prenez régulièrement risquent d'engendrer des effets néfastes sur les produits utilisés pour pratiquer l'anesthésie.

Nous vous saurions dès lors gré de remplir ce questionnaire correctement et sans la moindre omission et ce, dans votre propre intérêt. Toutes les informations collectées seront protégées par le secret médical. Ce questionnaire devra être remis à l'infirmière en chef le jour de votre admission.

Enfin, nous encourageons vivement les fumeurs à arrêter de fumer au cours de la période précédant l'intervention.

*Dr. B. Van Damme (Chef de Service), dr. R. Bruyndonckx, dr. A. Callewaert, dr. K. Mignolet, dr. E. Pannier, dr. J. Pauwels, dr. K. Persyn, dr. W. Swinnen, dr. J. Van Eester, dr. N. Van Langenhove, dr. I. Van Mol, dr. J. Van Praet, dr. P. Vandevoorde, dr. T. Vanhoutte, dr. S. Verdonck*

Nom du patient :	Prénom :
Adresse :	
Date de naissance :	
Taille :	Poids :
Groupe sanguin :	Médecin généraliste :
Nom & adresse d'une personne à contacter en cas d'urgence (membre de famille, proche):	

## QUESTIONNAIRE PREOPERATOIRE

1. Quelle intervention devez-vous subir ? .....  
Si d'application: sera-t-elle pratiquée à gauche ou à droite ? (ex. prothèse de la hanche gauche)  
(Voor welke operatie wordt u nu opgenomen? Indien van toepassing: gebeurt de operatie links of rechts?) (bv. heupprothese links)
2. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale par le passé ? ..... O oui O non  
(Werd u reeds vroeger geopereerd?)  
Si oui : (Zo ja: welke operaties en wanneer?)  
- Citez les opérations et la date: .....  
.....  
.....  
- Sous quelle anesthésie : - générale (volledige) O  
(Welk soort verdoving kreeg u) - partielle (gedeeltelijke) O  
- locale (plaatselijke) O  
- Avez-vous déjà réagi anormalement à une anesthésie ? O oui O non  
Si oui, de quelle manière ? .....  
(Hebt u ooit op een verdoving abnormal gereageerd? Zo ja, hoe?)
3. Pouvez-vous nous citer un cas de complication grave au sein de votre famille à la suite  
d'une anesthésie ? O oui O non  
Si oui, quel type ? .....  
(Zijn er in de familie ooit ernstige moeilijkheden geweest bij een verdoving? Zo ja, welke?)
4. Fumez-vous ? O oui O non  
Si oui, combien fumez-vous par jour de : a) cigarettes: (sigaretten) .....  
(Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag) b) cigares: (sigaren) .....  
c) pipes: (pijp) .....
5. Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? (Gebraukt u regelmatig alcohol?) O oui O non  
Si oui, - quel type ? (wat) .....  
- quelle quantité quotidienne ? (hoeveel per dag) .....
6. Consommez-vous régulièrement d'autres drogues ? O oui O non  
Si oui, lesquelles ? .....  
(Gebraukt u regelmatig drugs? Zo ja, welke?)
7. Etes-vous allergique à certains médicaments ? O oui O non  
Si oui, auxquels ? .....  
(Bent u overgevoelig (allergisch) voor bepaalde medicamenten? Zo ja, welke?)
8. Etes-vous allergique à certains désinfectants, sparadraps ou autres produits ? Pensez également  
au caoutchouc ou latex (ballons, préservatifs, gants, etc.).  
Si oui, auxquels ? .....  
(Bent u overgevoelig op bep. stoffen, pleisters of ontsmetting? Denk ook aan rubber of latex (ballons, condoms of handschoenen) Zo ja, welke?)
9. Prenez-vous régulièrement des calmants ou des somnifères ? O oui O non  
Si oui, lesquels et dans quelle quantité? .....  
(Neemt u regelmatig kalmeer- of slaapmiddelen? Zo ja, welke en hoeveel?)
10. Prenez-vous régulièrement des médicaments antidouleur ? O oui O non  
Si oui, lesquels et en quelle quantité ? .....  
(Neemt u regelmatig pijnstillers? Zo ja, welke en hoeveel?)
11. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'une des pathologies suivantes ? Précisez le type d'affection et la période.  
(Lijdt u of leed u aan één van de volgende ziekten? Specifieer de aandoening en de periode)
- a) Affection cardiaque (ou stimulateur) (hartziekte (of pacemaker)) ..... O oui O non
  - b) Tension artérielle élevée (hoge bloeddruk) ..... O oui O non
  - c) Affection pulmonaire ou des voies respiratoires (long -of luchtwegziekte) ..... O oui O non
  - d) Affection gastrique ou intestinale (maag -of darmziekte) ..... O oui O non
  - e) Affection musculaire ou articulaire (spier -of gewrichtsziekte) ..... O oui O non
  - f) Hyperthermie maligne (maligne hyperthermia) ..... O oui O non
  - g) Epilepsie (epilepsie 'vallende ziekte') ..... O oui O non
  - h) Diabète (suikerziekte) ..... O oui O non
  - i) Affection de la thyroïde (schildklierziekte) ..... O oui O non
  - j) Affection cutanée (huidziekte) ..... O oui O non
  - k) Névrite (zenuwaandoening) ..... O oui O non
    - Dépression: (depressie) O oui O non
    - Myélite: (ruggemergletsel) O oui O non

- l) Affection des reins (nierziekte)..... O oui O non  
m) Infections (infecties)..... O oui O non  
n) Ophtalmie (ex. glaucome) (oogziekte (o.a. glaucoom))..... O oui O non
12. Avez-vous déjà eu la jaunisse ? O oui O non  
Si oui, quand ? .....  
(Hebt u geelzucht gehad? Zo ja, wanneer)
13. Un membre de votre famille ou une personne de votre entourage souffre-t-il actuellement de la jaunisse ? O oui O non  
(Heeft iemand in uw familie of omgang thans geelzucht?)
14. Seulement pour les patientes: (Enkel voor vrouwelijke patiënten)  
a) Etes-vous enceinte ou est-ce possible que vous le soyez ? O oui O non  
(Bent u zwanger of mogelijks zwanger?)  
b) Date des dernières menstruations : ..... O oui O non  
(Datum van de laatste maandstonden)  
c) Utilisez-vous un moyen contraceptif ? O oui O non  
(Neemt u de pil?)
15. Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ? O oui O non  
Si oui, avez-vous souffert de certaines réactions pendant ou après la transfusion ? O oui O non  
(Hebt u ooit een bloedtransfusie gehad? Zo ja, deden er zich tijdens of na de transfusie reacties voor?)
16. A quel groupe sanguin appartenez-vous ? (Wat is uw bloedgroep?) .....  
Possédez-vous une carte de groupe sanguin ? (Hebt u een bloedgroepkaart?) O oui O non  
Si oui, à quel endroit la rangez-vous ? .....  
(Zo ja, waar bevindt die zich?)
17. Lorsque vous vous blessez ou si le dentiste vous arrache une dent, votre sang coagule-t-il normalement ? O oui O non  
Remarquez-vous une propension aux hématomes ? O oui O non  
(Stolt uw bloed normaal wanneer u zich kwetst of een tand laat trekken? Vertoont u gemakkelijk blauwe plekken?)
18. Prenez-vous des anticoagulants ou des aspirines ? O oui O non  
(Neemt u bloedverduunners of aspirines?)
19. Quels médicaments prenez-vous ou avez-vous pris ces dernières semaines? (Welke medicamenten neemt u of nam u de laatste week?)  
.....  
.....  
Au cours des six derniers mois, avez-vous pris ou vous a-t-on injecté de la cortisone ? O oui O non  
(Hebt u de laatste 6 maanden cortisone ingenomen of ingespoten gekregen?)
20. Avez-vous : (Hebt u:)  
- un dentier ? (valse tanden) O oui O non  
- un bridge ou des couronnes ? (bridge of kronen) O oui O non  
- des dents vacillantes ? (losstaande tanden) O oui O non  
- des piercings ? O oui O non
21. Portez-vous des lentilles de contact ? (Draagt u contactlenzen?) O oui O non  
Utilisez-vous des gouttes pour les yeux ? Lesquelles ? (Gebruikt u oogdruppels? Welke?)..... O oui O non  
Portez-vous un appareil auditif ? (Draagt u een hoorapparaat?) O oui O non
22. Souffrez-vous de varices ? O oui O non  
(Hebt u spataders (varices)?)
23. Pratiquez-vous une activité sportive ? O oui O non  
Si oui, laquelle et à quelle fréquence ? .....  
(Doet u aan sport? Wat en hoe frequent?)
24. Etes-vous rapidement essoufflé ou oppressé pendant un effort ? O oui O non  
(Bent u snel kortademig of beklemd bij een inspanning?)
25. Etes-vous pour le moment atteint d'un rhume ou d'une grippe ? O oui O non  
(Hebt u op dit ogenblik griep of een verkoudheid?)
26. Souhaitez-vous ajouter un commentaire ? .....  
(Wenst u nog iets te vermelden?)
27. Avez-vous une déclaration anticipée ? O oui O non

## DÉCLARATION D'AUTORISATION D'ANESTHÉSIE

Je soussigné(e)

- ai soigneusement rempli le questionnaire préopératoire et bien compris toutes les questions.
- J'ai lu et compris la brochure d'accompagnement présentant des informations sur le déroulement de l'intervention, le rôle de l'anesthésiste, les examens préparatoires, les sortes d'anesthésie, la salle de réveil et les effets secondaires potentiels de l'anesthésie.  
*Cette information est également disponible sur le site web [www.azsintblasius.be](http://www.azsintblasius.be) (zorgaanbod > specialismen > anesthesie).*
- Je suis au courant qu'un entretien personnel avec l'anesthésiste est toujours possible lors de la consultation d'anesthésie.  
*Si vous le souhaitez, vous pouvez fixer un rendez-vous à cet effet via le bureau des rendez-vous au numéro : 052 25 25 05.*
- Je m'engage à observer strictement toutes les consignes préopératoires et postopératoires.
- Je suis passé(e) chez le médecin généraliste pour lui faire remplir le dossier préopératoire et j'ai fait effectuer les examens préopératoires nécessaires.
- Je suis suffisamment informé(e) sur l'anesthésie et je donne mon autorisation pour l'anesthésie nécessaire.
- En cas de nécessité médicale, je donne mon autorisation pour la réalisation d'autres actes médicaux que la forme planifiée d'anesthésie.

Signature précédée de la mention manuscrite «Lu et approuvé» (le cas échéant, le nom et la signature du représentant légal)

Nom et date de naissance du patient	
.....	Date: .....
.....	Signature

## DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR UNE TRANSFUSION SANGUINE

Très exceptionnellement, une transfusion sanguine est nécessaire pour des raisons médicales. Le médecin traitant expliquera si possible au préalable le motif de la transfusion et ses avantages. Le dossier « Informations sur l'anesthésie » que vous avez reçu avec ce questionnaire, vous donnera des informations sur la transfusion (chapitre 4). Nous vous saurions gré de donner votre consentement pour une éventuelle transfusion sanguine pour raisons médicales.

Je, soussigné(e),

- Je confirme avoir lu et compris la brochure d'information « Transfusion de sang et de produits sanguins »
- Je reconnais disposer de toutes les informations que je juge souhaitables pour prendre une décision mûrement réfléchie en toute liberté
- Je suis au courant qu'un entretien personnel avec mon médecin concernant la transfusion est toujours possible
- Je connais mon état de santé actuel
- Je suis au courant de l'objectif et de la nature d'une transfusion et des avantages et inconvénients/complications potentiels
- J'ai pris connaissance des alternatives possibles
- Je suis au courant des chances de réussite et des problèmes éventuels en rapport avec la récupération
- Je suis au courant des conséquences possibles si je ne fais pas de transfusion pour raisons médicales
- Je suis au courant de la durée et de la fréquence du suivi et je sais que j'ai à tout moment le droit d'annuler ou de faire arrêter la transfusion

Veillez cocher :

- Je donne par la présente le consentement, en cas de nécessité médicale, de faire exécuter une transfusion ou tout autre acte médical jugé nécessaire découlant de la transfusion.
- Je refuse la transfusion sanguine.

Signature précédée de la mention manuscrite «Lu et approuvé» (le cas échéant, le nom et la signature du représentant légal)

Nom et date de naissance du patient	
.....	Date: .....
.....	Signature

## CONFIRMATION DE L'ANESTHÉSISTE (Réservé au médecin anesthésiste)

Je confirme que le patient (parent/tuteur du patient) est suffisamment informé sur l'anesthésie et sur la possibilité d'une transfusion sanguine. Le patient comprend les avantages et les risques potentiels. En concertation avec le patient (parent/tuteur du patient), il est opté pour la technique d'anesthésie suivante :

- anesthésie générale ;
- sédation ;
- anesthésie locorégionale.

Classification de Mallampati : 1 - 2 - 3 - 4

Classification ASA : .....

Signature :

ANESTHESIST	
<input type="checkbox"/> Dr. R. Bruyndonckx	1 /73099/46/109
<input type="checkbox"/> Dr. A. Callewaert	1/35097/24/100
<input type="checkbox"/> Dr. T. Issaev	1/98802/48/100
<input type="checkbox"/> Dr. K. Mignolet	1/08241/11/100
<input type="checkbox"/> Dr. E. Pannier	1/47457/80/100
<input type="checkbox"/> Dr. J. Pauwels	1/47769/59/100
<input type="checkbox"/> Dr. K. Persyn	1/45479/21/100
<input type="checkbox"/> Dr. W. Swinnen	1/07912/49/100
<input type="checkbox"/> Dr. B. Van Damme	1/09423/90/109
<input type="checkbox"/> Dr. J. Van Eester	1/19524/77/100
<input type="checkbox"/> Dr. N. Van Langenhove	1/47927/95/100
<input type="checkbox"/> Dr. I. Van Mol	1/18298/42/100
<input type="checkbox"/> Dr. J. Van Praet	1/45115/95/100
<input type="checkbox"/> Dr. P. Vandevoorde	1/45611/56/100
<input type="checkbox"/> Dr. T. Vanhoutte	1/09897/04/100
<input type="checkbox"/> Dr. S. Verdonck	1/45902/83/100