



# QUESTIONNAIRE PREOPERATOIRE - enfants

Nom: .....

ÉTIQUETTE PATIENT

Date de naissance: .....

DATE PRÉVUE POUR L'INTERVENTION: ..... / ..... / .....

Dans l'intérêt de votre enfant, veuillez compléter ce questionnaire **de manière aussi précise que possible**. Les informations qui y figurent relèvent évidemment du secret médical. Au besoin, vous pouvez discuter de problèmes spécifiques avec le personnel infirmier des consultations préopératoires ou avec un anesthésiste. Il est primordial de subir une anesthésie à jeun. C'est la raison pour laquelle il n'est permis d'absorber **ni de la nourriture, ni des boissons 8 heures avant l'anesthésie**.

Nom + prénom de l'enfant : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Groupe sanguin : ..... Poids : ..... kg Taille: ..... m Age : .....

Numéro de téléphone de la personne de contact : .....

Nom de la personne de contact : .....

**Cochez la réponse exacte et si vous ne savez pas répondre à la question, ne cochez rien.**

1. Pour quelle intervention votre enfant est-il admis à l'hôpital? .....

2. De quel côté?  gauche  droit  sans objet

3. Votre enfant a-t-il déjà été gravement malade? .....oui..... non

Dans l'affirmative, veuillez fournir quelques explications: .....

.....

.....

## QUESTIONS GENERALES

4. Votre enfant a-t-il déjà été opéré? .....oui..... non

Dans l'affirmative, quand et de quelle type d'intervention s'agissait-il?

date ..... type d'intervention.....

date ..... type d'intervention.....

date ..... type d'intervention.....

date ..... type d'intervention.....

5. Votre enfant a-t-il déjà présenté des réactions **anormales** après une anesthésie passée? ....oui ..... non

Dans l'affirmative, de quelles réactions s'agissait-il? .....

6. Après des interventions précédentes, votre enfant a-t-il déjà souffert d'une hémorragie secondaire ou de troubles respiratoires ? .....oui..... non

Dans l'affirmative, de quoi s'agissait-il.....

7. Votre enfant est-il allergique ou hypersensible à certains médicaments ou à certaines substances?

.....oui..... non

Dans l'affirmative, à quels médicaments ou quelles substances et que se passe-t-il dans ce cas?

.....

8. Votre enfant a-t-il des dents branlantes? .....oui..... non

9. Votre enfant souffre-t-il d'autres maladies? Affections cardiaques .....oui..... non

Maladie du sang .....oui..... non

Diabète .....oui..... non

Asthme, bronchite, affection pulmonaire ..oui..... non



- Affections rénales .....oui..... non  
 Maladie de la coagulation/problème d'hémorragieoui .....oui..... non  
 Épilepsie ou convulsions.....oui..... non  
 Jaunisse .....oui..... non  
 Convulsions, convulsions fébriles, affections musculaires .....oui..... non

Dans l'affirmative, veuillez spécifier l(es) affection(s) (les affections), le nom du médecin traitant et/ou du centre où votre enfant est traité: .....

10. L'enfant a-t-il souvent des nausées ou vomit-il aisément? .....oui..... non  
 11. A-t-il facilement de la fièvre (température supérieure à 38,5°) .....oui..... non  
 12. Est-il enrhumé pour l'instant ? A-t-il le nez qui coule ? A-t-il mal à la gorge ? .....oui..... non  
 13. Votre enfant a-t-il été gravement malade quinze jours avant l'intervention? .....oui..... non  
 14. Votre enfant peut-il jouer normalement? .....oui..... non  
 Dans le cas contraire, veuillez décrire la situation: .....
15. *Pour les enfants de moins de 2 ans*  
 Dans votre famille, y a-t-il eu des cas de «mort subite du nourrisson »? .....oui..... non  
 Votre enfant est-il né prématurément, à savoir avant terme? .....oui..... non  
 Dans l'affirmative, combien de semaines plus tôt que prévu? .....
16. Votre enfant prend-il des médicaments? .....oui..... non  
 Dans l'affirmative, lesquels, à quelle dose et quand (à quelles heures) par exemple 8 - 12 - 20 h) vb 8 - 12 - 20u?

Voir la liste ci-annexée

médicament	dose	Quantité/ jour	Voie d'aministration	heure

17. Auriez-vous encore une chose à nous signaler sur l'état de santé de votre enfant ou concernant l'anesthésie qui n'a pas encore été abordée ? .....oui..... non  
 Dans l'affirmative, veuillez spécifier: .....

*Ce questionnaire a été complété en âme et conscience.*

**Date:** ..... / ..... / .....

**Nom du patient ou du représentant légal:** .....

Le signataire est (\*cocher ce qui s'applique):

- le patient  
 le représentant légal, désigné par le patient<sup>1</sup>  
 l'administrateur/administratrice du patient<sup>2</sup>  
 le partenaire cohabitant  
 un enfant majeur  
 un parent  
 un(e) frère/sœur majeur(e)  
 un médecin<sup>3</sup>

**Signature :**

<sup>1</sup> En possession d'un mandat écrit

<sup>2</sup> Sait présenter une procuration du juge de paix

<sup>3</sup> En cas d'urgence ou faute d'un des précédents