

Anästhesiesprechstunde Tel. : **Brig: intern 43045 extern: 027 604 30 45**
Visp: intern 42199 extern: 027 604 21 99

Ce questionnaire doit être rempli avant la consultation à l'Unité d'évaluation préopératoire (UEP)
Votre médecin traitant ou l'infirmière de l'UEP vous aideront à le remplir si nécessaire

Nom : Prénom : Profession :

Taille : cm Poids : kg Age : ans

1. Etes-vous actuellement sous traitement médical ? Non Oui
 Pour quelle(s) maladie(s) ?

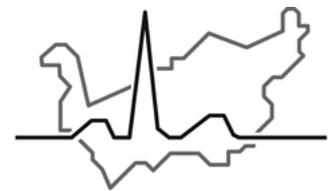
2. Si cela vous concerne : êtes-vous enceinte ? Non Oui

3. Prenez-vous des médicaments ? Non Oui
 Si oui lesquels :

Noms des médicaments	Dosage	Matin	Midi	Soir

4. Avez-vous déjà été opéré ? Non Oui Si oui, quelles opérations et quand ?

Opérations / hospitalisations	Années



5. Y a-t-il eu des complications liées à l'anesthésie? Si oui, lesquelles ? Non Oui

.....
Est-ce que des membres de votre famille ont présenté des complications
lors d'anesthésie ? Non Oui

Des membres de votre famille ont-ils des maladies musculaires ? Non Oui

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous des problèmes de santé suivants :

6. Maladies musculaires ou faiblesses musculaires ? Non Oui

7. Maladies cardiaques (infarctus, angine de poitrine,
peine à souffler en montant les escaliers, palpitations) ? Non Oui

8. Maladies de la circulation sanguine et des artères (hypertension,
crampes, thromboses, embolies, saignements, varices) ? Non Oui

9. Maladies des poumons et de la respiration (tuberculose, pneumonie,
asthme, bronchites) ? Non Oui

10. Maladies du foie et de la vésicule (jaunisse) ? Non Oui

11. Maladie des reins (pyélonéphrites, calculs, infections) ? Non Oui

12. Maladies du métabolisme (diabète, goutte) ? Non Oui

13. Maladies endocrinologiques (glande thyroïde, goitre) ? Non Oui

14. Maladies des yeux (glaucome)? Non Oui

15. Maladies neurologiques (épilepsie, paralysies) ? Non Oui

16. Troubles du comportement (dépression) ? Non Oui

17. Maladies du squelette (hernie discale, maladies des articulations, arthrose) ? Non Oui

18. Maladies du sang ou de la coagulation (hématomes ou saignements) ? Non Oui

19. Allergies (rhume des foins, allergies alimentaires, aux médicaments) ? Non Oui

Si oui : précisez quelles allergies :

20. Souffrez-vous d'une autre maladie non mentionnée? Si oui, laquelle ? Non Oui

.....

21. Portez-vous un appareil dentaire amovible ? Non Oui

22. Fumez-vous régulièrement ? Non Oui
Si oui : combien....., depuis.....ans

23. Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? Non Oui
Si oui : combien de verres par jour :

Avez-vous des remarques complémentaires ?

.....
.....

Date :

Signature :