

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

Société suisse
 d'anesthésiologie
 et de réanimation

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 de votre enfant: Prénom :

Taille :cm Poids : kg Age : ans

1. Votre enfant est-il actuellement sous traitement médical ? Non Oui
 Pour quelle(s) maladie(s) ?

2. Si cela concerne votre enfant : est-elle enceinte ? Non Oui
3. Votre enfant prend-il des médicaments ? Non Oui
 Si oui lesquels :

Noms des médicaments	Dosage	Matin	Midi	Soir

4. Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? Non Oui Si oui, quelles opérations et quand ?

Opérations / hospitalisations	Années

	Oui	Non	Je ne sais pas / Remarques
5. Votre enfant est-il né prématurément ? Si oui, à quelle semaine de grossesse est-il né ?			
6. A-t-il présenté un problème particulier durant ses premières semaines de vie ? Si oui lequel (lesquels) ?			
7. Votre enfant a-t-il suivi un traitement médical durant les 6 derniers mois ? Si oui pour quelle maladie ?			
8. A-t-il eu un incident particulier pendant l'anesthésie ? Si oui lequel ?			
9. Y a-t-il eu un incident particulier chez un proche parent dans le cadre d'une anesthésie ? Si oui lequel ?			
10. Les performances physiques de votre enfant sont-elles plus faibles que celles de la plupart de ses camarades ?			
11. A-t-on remarqué une fois un souffle cardiaque chez votre enfant ?			

	Oui	Non	Je ne sais pas / Remarques
12. Actuellement votre enfant est-il enrhumé ? Tousse-t-il ? A-t-il de la fièvre ?			
13. Epreuve-t-il des difficultés particulières à respirer lors d'un effort physique ?			
14. A-t-il de l'asthme ? Si oui prend il un médicament ? Si oui lequel ?			
15. A-t-il une autre maladie des voies respiratoires ? Si oui, laquelle ?			
16. Est-il allergique ? Si oui, à quoi ? (rhume des foins, allergies alimentaires, médicamenteuses, allergie au sparadrap, aux animaux..)			
17. Un membre de votre famille présente-t-il une allergie particulière?			
18. Saigne-t-il facilement du nez, se fait-il facilement des bleus?			
19. Souffre-t-il d'une maladie du système nerveux ? Si oui, laquelle ? (par exemple: épilepsie, paralysie, retard de développement, etc..)			
20. Souffre-t-il d'une maladie neuromusculaire ou de faiblesse musculaire?			
21. Votre enfant est-il diabétique? Si oui quelle est sa dose journalière d'insuline ?			
22. A-t-il une maladie des yeux? Si oui, laquelle ?			
23. Votre enfant a-t-il une mauvaise dentition ? (dents branlantes ou gâtées)			
24. Autre particularité que vous auriez à nous signaler ?			
25. Avez-vous discuté de l'intervention avec votre enfant ?			
26. Votre enfant a-t-il un surnom ? Si oui, lequel ?			
27. Si le questionnaire est rempli le jour de l'opération : Quand votre enfant a-t-il bu pour la dernière fois ? Quand a-t-il mangé pour la dernière fois ?			

Date : Signature d'un des parents :