

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

QUESTIONNAIRE

Vous pouvez remplir ce questionnaire avec l'aide de votre médecin généraliste ou spécialiste.

Espace prévu pour l'**étiquette d'identification**
(vous la recevez lors de l'admission)

Vous pouvez remplir ce questionnaire avec l'aide de votre médecin généraliste ou spécialiste.

Avez-vous DÉJÀ été opéré(é) ? Si oui, pourquoi, quand et dans quel hôpital ? oui non
(Spécifiquement pour les patients amputés du sein : mentionnez droit/gauche !)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Des PROBLÈMES sont-ils survenus lors de cette intervention ? oui non

Nausée, vomissements ? oui non
Autre ? oui non
Souffrez-vous facilement du mal des transports ? oui non
L'un de vos proches a-t-il eu des problèmes pendant une opération ? oui non
Quels problèmes ?

Une maladie CARDIAQUE ou VASCULAIRE VOUS A-T-ELLE ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉE ? oui non

Laquelle ?

Rythme cardiaque irrégulier ? Palpitations cardiaques ? Insuffisance valvulaire ? Sensation de pression dans la poitrine ?

Pieds enflés ? Essoufflement à l'effort ?

Souffrez-vous de varices ? oui non
Avez-vous déjà eu une phlébite ? oui non
Avez-vous déjà subi une opération au niveau des vaisseaux sanguins ? Laquelle ? oui non
Dans des circonstances normales, votre tension artérielle est de : / inconnue
Avez-vous un pacemaker ? Si oui, depuis le / / (veuillez apporter la fiche d'identification du pacemaker) oui non
Si vous êtes traité(e) par un cardiologue, nom : Dr oui non

Souffrez-vous de TROUBLES RESPIRATOIRES ? oui non
(Respiration sifflante, rhume des foins, asthme ou bronchite chronique)

Lesquels ?

Utilisez-vous un aérosol ou un puff ? Lequel ? oui non
Avez-vous recours à l'oxygénothérapie ? Si oui, à quel débit ? O₂ l/min oui non
Utilisez-vous un appareil CPAP nasal ? oui non

Souffrez-vous de TROUBLES DIGESTIFS ou GASTRIQUES ? oui non

Lesquels ?

Mentionnez également la présence éventuelle d'un anneau gastrique ou une opération gastrique antérieure :

Souffrez-vous d'acidité gastrique ? Si oui, prenez-vous déjà des médicaments contre cela ? oui non

Avez-vous (déjà eu) une maladie du SYSTÈME LOCOMOTEUR ? oui non

Laquelle ?

Souffrez-vous de douleurs à la nuque ? Si oui, la douleur irradie-t-elle également dans le(s) bras ? oui non
Souffrez-vous de maux de dos ? Si oui, la douleur irradie-t-elle également dans la/les jambe(s) ? oui non
Avez-vous déjà suivi un traitement contre le rhumatisme ou l'arthrite ? Quand ? oui non

Colonne réservée au
médecin/personnel infirmier

pas de manipulation
 droit gauche

problème de prise en charge
 malade après anesthésie
 non-fumeur ?
 mal des transports

prophylaxie insuffisance valvulaire ?
 bas anti-phlébite

TA basse/élevée
 pacemaker

BPCO

ulcère à l'estomac

Souffrez-vous de troubles HÉPATIQUES, BILIAIRES ou PANCRÉATIQUES ? oui non

Lesquels ?

Souffrez-vous d'une maladie URINAIRE ou RÉNALE ? oui non

Laquelle ?

Suivez-vous ou avez-vous déjà suivi un traitement pour cette maladie rénale ? oui non

Une maladie du SYSTÈME NERVEUX VOUS A-T-ELLE ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉE ? oui non

Souffrez-vous d'épilepsie ? Depuis quand ? oui non

Souffrez-vous d'une maladie musculaire, d'une paralysie ou de picotements ? À quel(s) endroit(s) ? oui non

Avez-vous déjà suivi un traitement contre les troubles nerveux ? Pourquoi ? oui non

Avez-vous un neurostimulateur ? oui non

Souffrez-vous de troubles de la COAGULATION SANGUINE ? oui non

Souffrez-vous d'une maladie de la coagulation sanguine ? Laquelle ? oui non

Souffrez-vous d'hémophile ou d'une maladie sanguine ? oui non

Avez-vous facilement des bleus ou des saignements de nez spontanés ? oui non

Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang ? Si oui, lesquels ? oui non

Avez-vous récemment arrêté de prendre ces médicaments ? Quand ? oui non

Avez-vous pris des antidouleurs contenant des « salicylates » cette semaine ? oui non

p. ex. Aspirine®, Perdolan compositum®, Alka Seltzer®, Sedergine®, Afebryl®, Excedryn®, Troc®

Êtes-vous DIABÉTIQUE ? oui non

Suivez-vous un régime sans sucre ? oui non

Êtes-vous dépendant(e) à l'insuline ? oui non

Qui injecte cette insuline ? oui non

Qui contrôle votre glycémie (taux de sucre) et quand ?

Souffrez-vous de troubles de la THYROÏDE ? oui non

Lesquels ? oui non

Informations COMPLÉMENTAIRES

Êtes-vous actuellement enrhumé(e) ? Avez-vous de la fièvre ? oui non

Souffrez-vous d'une maladie contagieuse ? (VIH/hépatite A,B,C...) oui non

Laquelle ?

Avez-vous des dents endommagées ou déchaussées ? Si oui, à quel(s) endroit(s) ? oui non

Avez-vous des implants, des couronnes ou un bridge ? oui non

Avez-vous des piercings ? Si oui, à quel(s) endroit(s) ? oui non

Souffrez-vous actuellement de DOULEURS ? oui non

Si oui, quelles douleurs ressentez-vous actuellement ?

Depuis combien de temps ressentez-vous ces douleurs ?

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous actuellement la douleur ?

(sachant que 10 est la valeur d'intensité de la douleur la plus élevée, conformément à l'échelle validée NRS, action sur la base d'un programme de soins et/ou d'un ordre permanent ou d'une prescription médicale)

Prenez-vous des médicaments contre cela ? oui non

Avez-vous une pompe à morphine ? oui non

insuffisance rénale

épilepsie

neurostimulateur

bracelet d'identification rouge

bracelet d'identification rouge

anticoagulation

bracelet d'identification rouge

bracelet d'identification rouge

diabète

bracelet d'identification jaune

dépendance à l'insuline

à jeun ?

score prise en charge dossier

pompe à morphine

Ce questionnaire a été dûment complété :

avec l'aide du médecin généraliste avec l'aide de la famille

seul(e) autre :

date de remplissage du questionnaire : / / 20

signature

.....

Pour L'INFIRMIER(IÈRE) D'ADMISSION du service :

le questionnaire a été parcouru dans son intégralité avec le patient

date : / / 20

nom infirmier(ière) (en toutes lettres) :

.....

service :