

Questionnaire de santé pour enfants

Chers parents

Un traitement, un examen ou une opération sous anesthésie est prévu pour votre enfant. Afin de pouvoir prendre en charge votre enfant avec la sécurité appropriée et de soin adapté, nous avons besoin des informations précises sur son état de santé. Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce questionnaire et de nous le renvoyer le plus rapide.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom (patient*):	Prénom (patient*):	
Date de naissance (patient*):	Taille:	Poids:
Prénom & nom des parents	Téléphone (mobile):	
Pédiatre (nom, lieu, numéro de téléphone):		

TRAITEMENT / OPÉRATION PRÉVU(E):	Date de l'intervention:
----------------------------------	-------------------------

TRAITEMENTS / OPÉRATIONS ANTÉRIEURS	OUI	NON
Votre enfant a-t-il déjà subi une anesthésie?		
Si OUI, pourquoi?		
Avez-vous rencontré des problèmes lors d'anesthésie précédentes?		
Si OUI, laquelle?		
Y a-t-il eu des problèmes liés à l'anesthésie chez des personnes liées par le sang?		
Si OUI, lesquelles?		

NAISSANCE / PÉRIODE D'ALLAITEMENT	OUI	NON
Votre enfant est-il prématuré ?		
Si OUI, à quelle semaine de grossesse votre enfant est-il né ?		
Avez-vous rencontré des problèmes au cours des premières semaines après l'accouchement?		
Si OUI, lesquelles?		

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL DE VOTRE ENFANT	OUI	NON
Votre enfant est-il actuellement enrhumé?		
Avez-vous l'impression que les capacités physiques de votre enfant sont plus faibles que celles des enfants de son âge?		
Maladie cardiaque (malformation cardiaque, troubles du rythme cardiaque, opération cardiaque, souffle cardiaque, valvulopathie)?		
Problèmes de tension / circulation?		
Maladies pulmonaires (mucoviscidose, asthme, bronchite) ?		
Dyspnée / cyanose (lèvres bleues) lors de la pratique d'un sport ou d'un effort physique ?		
L'apnée du sommeil?		
Des maladies du sang ou de la coagulation (p. ex. leucémie, anémie, saignements de nez fréquents, tendance aux bleus ou aux saignements de la peau) ?		
Des maladies métaboliques (par ex. diabète, maladie de la thyroïde, trouble métabolique congénital)?		
Maladies du foie ou des reins?		
Problèmes d'estomac/de ventre (par ex. malformation du tractus gastro-intestinal)?		
Maladie neurologique (par ex. épilepsie, paralysie, infirmité motrice cérébrale, hydrocéphalie)?		
Myopathie (par ex. dystrophie musculaire)?		
Maladies psychiques (autisme, TDAH, troubles alimentaires, angoisses, attaques de panique) ?		
Autres maladies?		

Allergies et intolérances ? Si OUI, lesquelles ? (Si vous disposez d'un passeport d'allergie, veuillez l'apporter le jour de l'anesthésie)		
Votre enfant prend-il régulièrement des médicaments? Si OUI, lesquels?		
Votre enfant (adolescent) consomme-t-il de la nicotine, de l'alcool, des drogues ? Si OUI, quoi et à quelle fréquence?		
Votre enfant a-t-il des dents déchaussées ("dents qui bougent")?		
Fumez-vous (les parents, les personnes qui s'occupent des enfants)?		

REMARQUES / QUESTIONS

--

Veuillez nous informer si l'état de santé de votre enfant change pendant la période précédant l'opération (par ex. rhumes, fièvre, nouveaux médicaments, etc.).

Veuillez-nous envoyer ce formulaire au plus tard 5 jours avant l'intervention prévue :

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, ou par e-mail à: anaesthesiezentrum@hin.ch

Lieu, Date

Signature

Déclaration de confidentialité/Conditions générales de vente

Par ma signature, je confirme que je suis d'accord avec le traitement des données de mon enfant, l'accès aux données par le médecin ainsi que la transmission des données à des tiers conformément à l'information aux patients sur la page précédente. J'autorise également les médecins d'AnästhesieZentrum.ch AG à demander des données médicales à d'autres médecins ou institutions médicales.

Je suis conscient(e) des risques éventuels liés à l'échange de données personnelles sensibles (possibilité de consultation par des tiers non autorisés en cas de voies de communication non sécurisées) ainsi que de mes droits et je donne mon accord pour le contact mutuel entre mon médecin et moi-même autant que patient(e) par le biais des informations de contact indiquées ci-dessus. Les informations concernant les patients sont transmises par le cabinet médical que par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les demandes administratives, comme les reports de rendez-vous, soient effectuées par communication électronique non cryptée.

Le traitement (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) des données des patients s'effectue sur la base du contrat de traitement et des prescriptions légales pour l'accomplissement du but du traitement ainsi que des obligations qui y sont liées. La collecte des données est effectuée d'une part par le médecin traitant dans le cadre du traitement. D'autre part, nous recevons également des données d'autres médecins et professionnels de la santé chez qui votre enfant a été ou est en traitement, si vous avez donné votre consentement à cet effet. Seules les données en rapport avec le traitement médical sont traitées dans le dossier médical. Le dossier médical comprend les informations personnelles fournies sur le formulaire du patient, telles que les données personnelles, les coordonnées et les données d'assurance, ainsi que, entre autres, l'entretien d'information réalisé dans le cadre du traitement, les données de santé collectées telles que les antécédents, les diagnostics, les propositions thérapeutiques et les résultats.

Jusqu'au 18e anniversaire de votre enfant, vous avez le droit d'obtenir à tout moment des informations sur les données personnelles de votre enfant. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie. La remise de la copie peut être payante. Les frais éventuels, qui dépendent de la complexité de l'établissement de la copie, vous seront communiqués au préalable.

En apposant ma signature, j'accepte également les conditions générales de vente d'AnästhesieZentrum.ch AG, qui peuvent être consultées à tout moment via le lien suivant : <https://www.anaesthesiezentrum.ch/terms-and-conditions>

Lieu, Date

Signature