

## Questionnaire de santé pour adultes

Chère patiente, cher patient

Un traitement, un examen ou une opération sous anesthésie est prévu chez vous. Afin de pouvoir vous prendre en charge avec le plus de sécurité et de soin nécessaire, nous avons besoin des informations précises sur votre état de santé. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire consciencieusement et de nous le renvoyer dans les meilleurs délais.

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom:		Prenom:	
Date de naissance:	Téléphone:	Hauteur:	Poids:
Médecin de famille (nom, lieu, téléphone):			

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

TRAITEMENT/OPÉRATIONS ANTÉRIEURS	OUI	NON
Avez-vous déjà subi une anesthésie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quel type d'anesthésie?		
Avez-vous rencontré des problèmes lors de précédentes anesthésies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels?		
Des problèmes liés à une anesthésie ont-ils été rencontrés chez des parents de sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels?		

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL	OUI	NON
Vous sentez-vous actuellement en bonne santé et performant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous monter 2 étages sans effort (sans essoufflement) dans les escaliers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle (cochez également OUI si elle est bien contrôlée par des médicaments)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections cardiaques (angine de poitrine, infarctus du myocarde, stents, insuffisance cardiaque, valvulopathie, état après une opération du cœur, état après une réanimation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme cardiaque (par ex. fibrillation auriculaire, stimulateur cardiaque, défibrillateur)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies vasculaires (maladie veineuse, état après thrombose /embolie pulmonaire, artériopathie oblitérante)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies pulmonaires (asthme, bronchite chronique, oxygène à domicile)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'apnée du sommeil (OSAS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous un appareil de thérapie? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies métaboliques (par ex. Diabète, maladie de la thyroïde, cholestérol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du sang ou de la coagulation (p. ex. leucémie, anémie, saignements de nez fréquents, tendance au bleus ou aux saignements de la peau)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du foie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies rénales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'estomac (p. ex. brûlures d'estomac, reflux, bypass gastrique, anneau gastrique)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies musculaires (p. ex. faiblesse musculaire, dystrophie musculaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies psychiques (dépressions, angoisses, attaques de panique, burnout, TDAH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femmes en âge de procréer: une grossesse peut-elle être en cours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies et intolérances? si OUI, lesquelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si vous disposez d'un passeport d'allergie, veuillez l'apporter le jour de l'anesthésie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom:

Prénom:

Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang? Si OUI, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous régulièrement d'autres médicaments? Si OUI, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous de l'alcool? Si OUI, à quelle fréquence et en quelle quantité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous fumez? Si OUI, combien de cigarettes par jour? Depuis combien d'années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous des drogues? Si OUI, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous une prothèse dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## REMARQUES/QUESTIONS

--

**Veuillez nous informer si votre état de santé devait changer pendant la période précédant l'opération (p. ex. rhumes, fièvre, nouveaux médicaments, etc.)**

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

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, ou par e-mail à: [anaesthesiezentrum@hin.ch](mailto:anaesthesiezentrum@hin.ch)

Lieu, Date

Signature

## Déclaration de protection des données/Conditions générales de vente

Par ma signature, je confirme que je suis d'accord avec le traitement de mes données, 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.

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

Le traitement (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) de vos données 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 de votre traitement. D'autre part, nous recevons également des données d'autres médecins et professionnels de la santé chez qui vous avez été ou êtes en traitement, si vous avez donné votre consentement à cet effet. Seules les données en rapport avec votre traitement médical sont traitées dans votre 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 médicaux, les diagnostics, les propositions thérapeutiques et les résultats.

Vous avez à tout moment le droit d'obtenir des informations sur vos données personnelles. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie. La remise d'une 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