



Questionnaire personnelle de santé

Prénom	<input type="text"/>	Nom de famille	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	Code postal/Lieu	<input type="text"/>
Poids (kg)/Taille (cm)	<input type="text"/>	Date de l'opération prévue	<input type="text"/>
Numéro de tél.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Votre médecin traitant <input type="text"/>			

Avez-vous déjà subi des opérations? Si oui, lesquelles? Décrivez brièvement le genre d'intervention et notez l'année, dans laquelle elle a eu lieu.

Opération	Année
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui, lesquels? (y inclus des médicaments tels que des diluants de sang ou pour le traitement des maladies cardio-vasculaires)? Notez SVP les noms de tels médicaments et la fréquence de prise.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Souffrez-vous ou avez-vous souffert antérieurement de l'un des symptômes ou de l'une des maladies ci-dessous? Veuillez cocher ce qui convient et indiquez depuis quand, respectivement quand.

Maladie	Si oui, depuis quand	Maladie	Si oui, depuis quand
<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cardiovasculaire	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Du foie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pression artérielle	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rénale	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Maladie vasculaire	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Métabolique	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gastro-intestinale	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tend. a. saignements	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Neurologique	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Autres: <input type="text"/>	<input type="text"/>

Continuez au dos de ce formulaire 



Nous avons besoin d'indications ultérieures.

Êtes-vous actuellement (ou étiez-vous pendant les trois derniers mois) en traitement médical?

Si oui, lequel?

Consommez-vous du tabac, de l'alcool ou des drogues?

Si oui, lesquels et en quelle quantité?

Avez-vous – ou des parents consanguins – déjà connu des complications pendant ou après une anesthésie?

Si oui, lesquelles?

D'autres complications importantes?

Veuillez nous envoyer ce formulaire le plus tôt possible, **mais au plus tard 7 jours avant la date de votre opération**, par poste, par fax ou en tant que scan par e-mail (tous les donnés au pied de page).

Nous restons bien évidemment à votre entière disposition pour toutes questions (concernant l'anesthésie).

IMPORTANT: Nous vous remercions de bien vouloir nous indiquer tout changement dans votre état de santé en attendant la date de votre opération! (Par exemple un refroidissement, de nouvelles prises de médicaments ou une détérioration de votre état général)

Par ma signature, je confirme la véracité des réponses ci-dessus. Je confirme en outre avoir lu le dépliant d'informations de la Euro-Polyclinic Switzerland AG concernant l'anesthésie.

Lieu, date:

Signature:

Nous vous remercions de votre engagement et nous nous réjouissons de votre venue.