

QUESTIONNAIRE DE SANTE PREOPERATOIRE ENFANT

Unité d'évaluation préopératoire (UEP) du CHCVs

Internet : <http://www.hopitalvs.ch/uep>

UEP Sion Tél. 027/603 4592 Fax 027/603 4646 E-mail : uep.sion@hopitalvs.ch

UEP Martigny Tél. 027/603 9821 Fax 027/603 9615 E-mail : uep.martigny@hopitalvs.ch

**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 |
|-------------------------------|--------|
| | |
| | |
| | |
| | |

QUESTIONNAIRE DE SANTE PREOPERATOIRE ENFANT

| | 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 ? | | | |
| 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 spardrap, 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..) | | | |

QUESTIONNAIRE DE SANTE PREOPERATOIRE ENFANT

| | OUI | NON | JE NE SAIS PAS / REMARQUES |
|--|-----|-----|-------------------------------|
| 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 : _____