

SERVICE ANESTHESIE

Veillez remplir le plus correctement possible ce questionnaire ainsi que le formulaire d'approbation et veuillez les remettre à l'infirmière en chef ou à l'infirmière responsable de l'unité de soins lors de l'admission de votre enfant, afin de nous permettre de prodiguer les meilleurs soins adaptés à l'état de santé de votre enfant pendant l'anesthésie.

Nom: _____	Prénom: _____	Intervention prévue: <input type="checkbox"/> Droite / <input type="checkbox"/> Gauche _____ _____
Date de naissance: _____	Prématuré: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Taille: _____ cm	Poids: _____ kg	
Groupe sanguin: _____	Médecin de famille: _____	
		Chirurgien: _____

! VOTRE ENFANT EST-IL ALLERGIQUE AU LATEX (PAR EXEMPLE DES BALLONS OU DES GANTS EN CAOUTCHOUC)? SI "OUI", INFORMEZ-EN VOTRE MÉDECIN TRAITANT À AZ GROENINGE. OUI NON !

Votre enfant a-t-il déjà été opéré par le passé sous anesthésie générale ou partielle? OUI NON
Si oui, en quelle année et pour quelles interventions?

En: ___ Pour: _____
 En: ___ Pour: _____
 En: ___ Pour: _____
 En: ___ Pour: _____

Quand a eu lieu la dernière intervention dans notre hôpital? En: _____
 Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà eu des problèmes pendant l'anesthésie? OUI NON
 Si oui, décrivez de façon précise: _____

Votre enfant a-t-il réagi de façon particulière lors d'une anesthésie précédente? OUI NON
 Si tel était le cas, décrivez très clairement de quelle réaction il s'agissait: _____

Est-ce que votre enfant souffre d'une maladie cardiaque? OUI NON
 Si oui, décrivez de façon précise: _____

Votre enfant est-il vite à court de souffle? OUI NON
 Votre enfant a-t-il des problèmes respiratoires, de l'asthme ou souffre-t-il de bronchite chronique? OUI NON
 Si oui, décrivez de façon précise: _____

Votre enfant est-il diabétique? OUI NON
 Si tel est le cas, veuillez mentionner les médicaments qu'il prend: _____

Est-ce que votre enfant prend de l'insuline? OUI NON
 Donnez nom/sorte - dosage et horaire d'utilisation: _____

Votre enfant est-il actuellement en traitement pour une maladie nerveuse? OUI NON

Si oui, décrivez de façon précise: -----

Votre enfant est-il actuellement en traitement pour une affection aux yeux? OUI NON

Si oui, décrivez de façon précise: -----

Votre enfant a-t-il eu la grippe dernièrement? (le mois dernier)? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu un rhume récemment? OUI NON

Votre enfant souffre-t-il d'une autre maladie qui ne serait pas mentionnée sur le questionnaire? OUI NON

Si oui, décrivez de façon précise: -----

Est-ce que votre enfant prend des médicaments? OUI NON

Donnez le nom, dosage et si possible le moment auquel il prend les médicaments: -----

Est-ce que les saignements chez votre enfant durent longtemps après une blessure ou une extraction de dent? OUI NON

Est-ce que votre enfant a déjà subi une transfusion sanguine par le passé? OUI NON

Si tel était le cas, décrivez de façon précise en quelles circonstances et quand la transfusion a eu lieu. -----

Votre enfant a-t-il présenté une réaction lors de la dernière transfusion ou lors d'une précédente? OUI NON

Si tel était le cas, décrivez de façon précise: -----

Est-ce que votre enfant a des dents qui bougent? OUI NON

Porte-t-il: OUI NON
- des verres de contact? OUI NON
- un appareil auditif? OUI NON

Est-ce qu'on a jamais implanté une prothèse chez votre enfant? OUI NON

Votre enfant est-il limité dans certains mouvements qui n'ont aucun rapport avec l'opération?. OUI NON

Si oui, décrivez de façon précise: -----

Y-a-t-il des médicaments que votre enfant ne supporte pas et auxquels il est allergique? OUI NON

Si oui, décrivez de façon précise: -----

Votre enfant est-il allergique à certains fruits/légumes comme par exemple: OUI NON
banane, kiwi, avocat, fruits tropicaux, tomates ...?

Est-ce que la peau de votre enfant est sensible au sparadrap (= bande adhésive) ou à certains désinfectants? Si oui, décrivez de façon précise: OUI NON

Si vous avez des remarques complémentaires, veuillez les noter ci-dessous.

Si le jour de l'admission votre enfant doit être opéré, il/elle doit être à jeun. Cela veut dire que:

POUR LES ENFANTS (règle 2-4-6)
Acune nourriture solide (incl. biberon) à partir de 6 heures avant l'intervention.
Verre d'eau autorisé jusqu'à 2 heures avant l'intervention.
Allaitement au sein autorisé jusqu'à 4 heures avant l'intervention.

Ce questionnaire a été rempli

- par le père*, la mère* le tuteur*
- par le médecin de famille
- par le médecin-spécialiste
- par le père*, la mère*, le tuteur* avec l'aide de l'infirmière

Si vous désirez voir un anesthésiste lors d'une consultation préalable, vous pouvez le contacter:

t. 056 63 30 35
t. 056 63 30 30

FORMULAIRE D'APPROBATION

Je, soussigné: _____, père*, mère*, tuteur* de _____ donne l'autorisation de pratiquer une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou partielle chez mon fils ou ma fille mineur d'âge.

Je suivrai strictement les instructions relatives aux soins pré- et post-opératoires.

- Je donne mon accord pour une transfusion de produits sanguins en cas de nécessité médicale (barrer si vous n'êtes pas d'accord)

- Je donne mon accord pour utiliser les données médicales de mon enfant de manière anonyme dans le cadre de recherche rétrospective (barrer si vous n'êtes pas d'accord)

J'ai soigneusement rempli le questionnaire pré-opératoire et j'ai bien compris toutes les questions.

Mon enfant sera à jeun avant l'opération. J'ai compris qu'il est interdit de manger ou de grignoter à partir de 6 heures avant l'intervention. Le matin de l'intervention, mon enfant ne prendra aucun médicament, sauf si prescrit par le médecin traitant.

Les premières 24 heures après l'intervention, mon enfant ne roulera pas à vélo. Il y aura une personne à la maison les premières 24 heures après l'opération.

Je me déclare d'accord pour une prolongation éventuelle de l'hospitalisation de mon enfant, si cela devait s'avérer nécessaire.

Date: ____ / ____ / ____

Signature:

* barrer ce qui n'est pas d'application