

Questionnaire de santé

pour les enfants et les adolescents jusqu'à 15 ans révolus. Âge

Veillez remplir aussi précisément et complètement que possible !

Données personnelles

Nom :		Sexe :		
Prénom :		<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> autre
Date de naissance :	Taille	cm	Poids	kg

Nom, prénom de la mère :	
Nom, prénom du père :	
Rue :	Code postal: Lieu de résidence :
Téléphone privé :	Téléphone professionnel :
Portable 1 :	Adresse e-mail :
Portable 2 :	
Pédiatre/médecin de famille de l'enfant (nom, adresse, numéro de téléphone)	

Opération prévue / traitement prévu

Quelle est l'opération ? \$OPERATION\$	Date : \$OPDATUM\$
Qui va opérer/soigner votre enfant ? \$OPERATEUR\$	

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? non

Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand?
Qu'est-ce qui a été opéré ?	Quand?

Anesthésies antérieures aucune

Y a-t-il eu des problèmes avec les anesthésies précédentes ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Nausées / vomissements	<input type="checkbox"/> Froid / frissons	<input type="checkbox"/> Vertiges prolongés	<input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Problèmes auditifs	<input type="checkbox"/> Troubles sensoriels	<input type="checkbox"/> Paralytie
Y a-t-il eu des incidents liées à une anesthésie dans votre famille ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lesquels ?			

Condition physique

\$NAMEREPEATS

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes ?

Maladie cardiaque (malformation cardiaque, souffle cardiaque, essoufflement pendant l'effort)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie pulmonaire (asthme, bronchite, fibrose kystique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète (Diabetes mellitus) Si oui : <input type="checkbox"/> avec insuline <input type="checkbox"/> sans insuline	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie neurologique (épilepsie, paralysie, retard de développement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie du sang (anémie, tendance aux ecchymoses, saignements de nez fréquents, leucémie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres affections	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles ?		
Allergies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles ?		

Condition de santé actuelle

Avez-vous l'impression que les capacités physiques de votre enfant sont plus faibles que celle de ses pairs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous actuellement le nez qui coule ou un rhume ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Pouvez-vous respirer librement par le nez sans problème ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Avez-vous de la toux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Avez-vous ressenti une augmentation de la température corporelle ou de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il besoin d'un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il des dents qui bougent ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Votre enfant prend-il des médicaments en ce moment ? Oui Non

Lesquels ?	Lesquels ?
Lesquels ?	Lesquels ?
Lesquels ?	Lesquels ?

Si c'est le cas, veuillez joindre une liste détaillée.

Que sait votre enfant de la chirurgie/du traitement à venir ?

Il est très important d'expliquer à votre enfant en termes simples, selon son âge, ce qui va lui arriver !

Avez-vous parlé à votre enfant de l'opération à venir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Autres informations/remarques
