



HÔPITAL DE BRAINE-L'ALLEUD - WATERLOO

Rue Wayez 35 - 1420 Braine l'Alleud
Secrétariat de Chirurgie, de Cardiologie et d'Anesthésie
Prise de rendez-vous : 02/434.94.30

www.chirec.be

**MERCI DE COMPLÉTER L'ENTIÈRETÉ DE CE QUESTIONNAIRE ET DE L'APPORTER
AU SECRÉTARIAT DE VOTRE CHIRURGIEN OU DE L'ENVOYER PAR MAIL OU PAR FAX
DANS LES 24 H : anesthésie.hbw@chirec.be - 02/434.72.77**

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIE

Nom : POPLIMONT Poids : 93 Kg
 Prénom : NICOLAS Taille : 1m82
 Date de naissance : 20/01/1980 Chirurgien / Médecin : TOLLET
 N° de TEL/GSM : 0495/224411 Type d'opération : arthroscopie
 Email : nicolas.poplimont@gmail.be Date opératoire : 15/06/26
 Coordonnées de votre médecin traitant : LUMEN EDDY

1) Êtes-vous allergique (médicament, aliment, latex,...) ? OUI / NON

Si OUI, spécifiez et détaillez la réaction allergique :
.....
.....

2) Fumez-vous ? OUI / NON

3) Buvez-vous de l'alcool ? OUI / NON

4) Évaluation cardiaque (Cochez votre réponse)

Vous vous considérez plutôt...	Sportif <input checked="" type="checkbox"/>	Sédentaire
Si sportif, type de sport et fréquence	<u>musculature en arrêt depuis 1 an</u>	<u>en arrêt 5x sem</u>
Êtes-vous physiquement capable de monter 2 étages d'escalier ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous le coeur qui bat rapidement au repos ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Avez-vous des douleurs ou des gênes dans la poitrine, le bras, la mâchoire ou l'estomac lors d'un effort ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Avez-vous des douleurs ou des gênes dans la poitrine, le bras, la mâchoire ou l'estomac au repos ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Votre père et/ou mère ont-ils eu des problèmes cardiaques ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel(s) ?	<u>double pontage, HTA</u>	
Êtes-vous suivi(e) par un cardiologue ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel est son nom ?	<u>HALLAH EL-ALI</u>	
Date de la dernière consultation chez le cardiologue	<u>...../03/2026</u>	

N'oubliez-pas, ce questionnaire comprend plusieurs pages.



5) Évaluation de la coagulation (Cochez votre réponse)

Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention ? (Ex.: extractions dentaires, amygdales, végétations ou circoncision, ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Saignez-vous régulièrement du nez et/ou des gencives ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Si vous êtes une femme, avez-vous des règles abondantes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants ? (Ex.: maladie de Von Willebrand, hémophilie, ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non

6) Listes des principales maladies (Cochez votre réponse)

Diabète Type I ou Type II	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	Apnées du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Trouble du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	Si oui, spécifiez :		
Hypo/Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	Maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non	Si oui, spécifiez :		
AVC / AIT	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non			

7) Êtes-vous atteint d'une ou plusieurs autres maladies non reprises dans le tableau ci-dessus ? OUI / NON

Si OUI, spécifiez :

8) Avez-vous déjà été opéré ? OUI / NON

Si OUI, spécifiez : ... arthroscopie genou gauche 02/2025, mammectomie, appendicite

9) Avez-vous déjà été hospitalisé (hors chirurgie) ? OUI / NON

Si OUI, spécifiez : ... 05/2025 TDS

10) Avez-vous déjà eu des problèmes liés à l'anesthésie ? OUI / NON

Si OUI, spécifiez :

11) Portez-vous des prothèses dentaires ? OUI / NON

Avez-vous des remarques relatives à votre intervention que vous estimez importantes à nous communiquer avant la procédure ?

.....

12) Liste des médicaments / compléments alimentaires que vous prenez actuellement :

Régulier	Au besoin	Nom et forme du médicament / complément alimentaire	Dosage	Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher	Remarques éventuelles Fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex : Ledertrexate comprimé	2,5 mg	4					1x/semaine, le jeudi
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRIPLIKAM	10, 2,5, 10	✓ 1					chaque jour
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PANTOMED	40 mg	1					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IBUPROFEN	600 mg	1			1		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PARACETAMOL	1g	1			1		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Pensez-bien à toutes les formes...

Comprimés et/ou gélules ?	Crème ou gel ?	non
Spray nasal ? non	Gouttes ou sirop ?	non
Injection ? non	Suppositoire (voie rectale) ou ovule (voie vaginale) ?	non
Inhalateur, puff ou aérosol ? non	Préparation magistrale (réalisée par le pharmacien d'officine) ?	NON
Patch (colle sur la peau) ? non	Collyres ?	NON

13) Afin de vous prendre en charge le plus adéquatement possible durant votre séjour, avez-vous été dépisté positif les 12 derniers mois pour une bactérie résistante à plusieurs antibiotiques (types MRSA, OXA48, VRE, VIM, ...) ? OUI / NON

OUI, lors d'un frottis du nez/gorge (précisez la bactérie si vous la connaissez) :

OUI, lors d'un frottis rectal (précisez la bactérie si vous la connaissez) :

Si OUI : l'anesthésiste prendra contact avec l'équipe PCI du site qui vérifiera le portage éventuel.

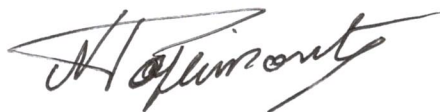


Ce document est soumis au secret médical, il est important que les informations qui s'y trouvent soient les plus complètes possibles.

En signant ce document, vous attestez que toutes les informations qui s'y trouvent sont vraies et que vous avez bien pris connaissance des informations relatives à la prise en charge d'anesthésie comprises dans le dossier que vous avez reçu.

Date et signature :

24/04/2026

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Dupont', enclosed within a dashed rectangular box.

Merci du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire et de nous le remettre dans les 24h pour nous permettre de compléter votre prise en charge préopératoire.