



Place L. Godin 15 - 5000 Namur  
Tél. +32 (0)81 72 04 11 - info@cmsenamur.be  
Fax +32 (0)81 72 04 20 - www.cmsenamur.be

**SERVICE  
D'ANESTHESIOLOGIE**

**Centre multidisciplinaire  
de Douleur chronique**

**Chef de service**  
D<sup>r</sup> B. NICOLAY  
benoit.nicolay@cmsenamur.be

**Chef de service adjoint  
Anesthésiologie**  
D<sup>r</sup> J.-E. GUILLAUME

**Chef de service adjoint  
Clinique chirurgicale de jour**  
D<sup>r</sup> B. MICHIELSSEN

D<sup>r</sup> C. CAMBIER  
D<sup>r</sup> J.-P. DAXHELET  
D<sup>r</sup> F. FAMENNE  
D<sup>r</sup> A. GERARD  
D<sup>r</sup> V. GILLIARD  
D<sup>r</sup> V. GIUDICE  
D<sup>r</sup> A. GOFFIOUL  
D<sup>r</sup> P. GOWREESUNKER  
D<sup>r</sup> L. HUBERTY  
D<sup>r</sup> O. NYSSSEN-DEHAYE  
D<sup>r</sup> C. STELLIAN  
D<sup>r</sup> C. THOMAS

**Secrétariat**  
Tél. +32 (0)81 70 88 00  
Fax +32 (0)81 70 88 01  
E-mail cpa@cmsenamur.be

**Questionnaire  
Pré-opératoire**

**Enfant**

*Vignette d'identification patient*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Date et heure d'entrée: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ H \_\_\_

Type d'hospitalisation :  Hospi. classique  CL1J

Catégorie de chambre :  SC

CP

CP (raison médicale)

CP (membre personnel)

Durée de séjour prévue : \_\_\_ nuit(s)

Date et heure de l'intervention : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ H \_\_\_

Libellé(s) d'intervention : \_\_\_\_\_

Côté :  gauche  droit

Durée de l'intervention : \_\_\_ min

**RECOMMANDATIONS PRE-OPERATOIRES POUR L'INFIRMIERE**

Prémédication

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS PRE-OPERATOIRES POUR LE PATIENT**

**A) Heure d'admission**

1. CL1J : l'heure d'admission vous sera communiquée lors de votre appel téléphonique la veille de l'intervention entre 14h et 17h (081/720.518) (cf. recommandations CL1J)

2. Hospitalisation : votre chirurgien vous aura peut-être indiqué votre heure d'admission. En cas de changement, vous serez contacté par son secrétariat au plus tard la veille de votre intervention. Si l'heure d'admission ne vous a pas été communiquée lors de la consultation, elle vous sera transmise au plus tard la veille de l'intervention.

**B) Jeûne**

A jeun à partir de 00h00 pour tout ce qui est aliment solide et lait.

A jeun à partir de 3h00 avant l'intervention pour eau, boisson sucrée sans pulpe, sans lait et non pétillante.

Date / /  
Cachet + signature  
chirurgien

Date / /  
Cachet + signature  
anesthésiste



13● A-t-il fait une prise de sang récemment ? <b>! Si oui, merci d'apporter le protocole pour la consultation d'anesthésie d'anesthésie</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
14● Est-il suivi par un médecin spécialiste (pédiatre, cardiologue, pneumologue ...) ? <b>! Si oui, merci d'apporter les protocoles pour la consultation d'anesthésie</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
<b>HEMOSTASE</b>		
1● Saigne-t-il facilement ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
2● A-t-il été transfusé ou a-t-il saigné plus de 24 h après un petit traumatisme ou une intervention mineure telle que circoncision, amygdalectomie ou suture simple ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
3● A la naissance, son ombilic a-t-il saigné plus de 12 h après la chute du cordon ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
4● A-t-il saigné la nuit ou le lendemain après une extraction dentaire ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
5● A-t-il déjà eu du sang dans les urines ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
6● Les frères/soeurs/parents ont-il déjà présenté l'une de ces hémorragies ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
7● Se fait-il des ecchymoses (bleus) sans cause apparente ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
8● A-t-il été opéré pour saignement de nez ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
9● Le dentiste a-t-il dû faire une suture après une extraction dentaire ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
10● A-t-il saigné pendant plus de 15 minutes après une prise de sang ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

### Petits conseils

- ➔ *Ecoutez votre enfant*
- ➔ *Rassurez-le en répondant à ses questions*
- ➔ *Evitez le mensonge, même s'il paraît rassurant : des explications claires et honnêtes sont préférables*
- ➔ *Faites-lui comprendre que l'opération sert à améliorer sa santé*
- ➔ *N'hésitez pas à le féliciter pour son courage*
- ➔ *Votre présence est importante*

*Vignette d'identification patient*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT MEDICAMENTEUX**

1• Quel est le traitement médicamenteux actuel de votre enfant ?

NOM MEDICAMENT	DOSAGE	Nbre de comprimés ou gouttes			
		MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER
<i>Ex : NUROFEN SIROP</i>	<i>100 MG /5 ML</i>	<i>3 ml</i>	<i>3 ml</i>	<i>3 ml</i>	<i>0</i>

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, papa, maman, tuteur (*biffer les mentions inutiles*), autorise les membres du service d'anesthésie à pratiquer l'anesthésie pour l'intervention/l'examen dont il est question dans ce questionnaire. Nous avons compris toutes les informations, nous avons pu poser toutes les questions qui nous préoccupent, en particulier les questions relatives au type d'anesthésie, à ses avantages, à ses inconvénients et aux éventuels effets secondaires.

Date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_