

Département  
d'anesthésiologie et  
de réanimation  
du CHCVs

## Unité d'évaluation préopératoire (UEP) du CHCVs

UEP centrale, Sion Tél. 027/603.4592 Fax 027/603.4646 E-mail : [uep.sion@rsv-gnw.ch](mailto:uep.sion@rsv-gnw.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 : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ cm  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ kg  
Age : \_\_\_\_\_ ans Profession : \_\_\_\_\_

1. Etes-vous actuellement sous traitement médical ? Non  Oui   
Pour quelle(s) maladie(s) ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Si cela peut vous concerner, êtes-vous enceinte ? Non  Oui
3. Prenez-vous des médicaments ? Non  Oui   
Si oui lesquels et à quelles doses ?

NOM	Matin	Midi	soir

4. Avez-vous déjà été opéré? Si oui, quelles opérations et quand ? Non  Oui

Année	Opération

5. Y a-t-il eu des complications liées à l'anesthésie? Si oui, lesquelles ? Non  Oui
- \_\_\_\_\_

Est-ce que des membres de votre famille ont présenté des complications lors d'anesthésie? Non  Oui

*Avez vous déjà souffert ou souffrez-vous des problèmes de santé suivants :*

6. Maladies musculaires et faiblesses musculaires ? Non  Oui   
Des membres de votre famille ont-ils des maladies musculaires ? Non  Oui
7. Maladies cardiaques (infarctus, angine de poitrine, peine à souffler en montant les escaliers, palpitations) ? Non  Oui
8. Maladies de la circulation sanguine et des artères (hypertension, crampes, thromboses, embolies, saignements) ? Non  Oui
9. Maladies des poumons et de la respiration (tuberculose, pneumonie, asthme, bronchites) ? Non  Oui
10. Maladies du foie et de la vésicule (jaunisse) ? Non  Oui
11. Maladie des reins (pyélonéphrites, calculs) Non  Oui
12. Maladies du métabolisme (diabète, goutte)? Non  Oui
13. Maladies de la glande thyroïde Non  Oui
14. Maladies des yeux (glaucome)? Non  Oui
15. Maladies nerveuses (épilepsie, paralysies)? Non  Oui
16. Dépression nerveuse? Non  Oui
17. Maladies du squelette? (hernie discale, maladies des articulations) Non  Oui
18. Maladies du sang ou de la coagulation (tendance au saignement)? Non  Oui
19. Allergies (rhume des foins, allergies à de la nourriture, aux médicaments)? Non  Oui
20. Souffrez vous d'une autre maladie non mentionnée? Si oui, laquelle ? Non  Oui   
\_\_\_\_\_
21. Portez-vous une prothèse dentaire? Non  Oui
22. Fumez-vous régulièrement? Non  Oui   
Si oui : combien....., depuis.....ans
23. Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? Non  Oui

Avez-vous des remarques complémentaires ?

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

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_