



Questionnaire de santé En vue d'une intervention chirurgicale chez un enfant.

Veuillez le compléter avant l'intervention, si possible avec l'aide de votre médecin de famille
et le remettre aux infirmières le jour de l'intervention.

SECRET MEDICAL

Nom : Prénom.....
Date de naissance Poids :
N° de téléphone : Taille :

1. Votre enfant présente-t-il une affection grave ? oui non
(par exemple diabète, troubles cardiaques, souffle cardiaque)
troubles rénaux,, affection pulmonaire, hépatique...)

Si oui, mentionnez les affections et les années :

- a)
- b)
- c)
- d)

2. Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? oui non

Si oui, veuillez mentionner le type d'intervention et l'année :

- a)
- b)
- c)
- d)

A-t-il présenté des complications ? Lesquelles ?

.....
.....
.....

