

Etiquette patiente

NOM :

Prénom :

Date naissance :-.....-.....

**QUESTIONNAIRE D'ORIENTATION EN VUE D'UNE ANALGESIE PERIDURALE
AU COURS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT**

1. Vous, ou un membre de votre famille, souffrez-vous d'une anomalie de la coagulation ? OUI – NON
2. Avez-vous déjà saigné pendant plusieurs minutes après une morsure de langue ou de lèvre ? OUI – NON
3. Avez-vous facilement des ecchymoses (bleus) sans savoir pourquoi ? OUI – NON
4. Avez-vous déjà saigné abondamment après une extraction dentaire ? OUI – NON
5. Vos règles sont-elles abondantes ? OUI – NON
6. Avez-vous déjà saigné abondamment pendant ou après une opération chirurgicale ou un accouchement ? OUI – NON
7. Quelqu'un de votre famille a-t-il saigné abondamment pendant une opération chirurgicale ou un accouchement ? OUI – NON
8. Etes-vous allergique ? Notamment aux anesthésiques locaux (piqûre faite par le dentiste) ? Au latex, aux kiwis, à la banane, aux châtaignes ? OUI – NON
9. Souffrez-vous d'une maladie du cœur ? OUI – NON
10. Souffrez-vous d'une hypertension artérielle ? OUI – NON
11. Souffrez-vous d'une maladie nerveuse ? OUI – NON
12. Avez-vous une déformation ou une malformation de la colonne vertébrale ? OUI – NON
13. Avez-vous déjà été opéré au niveau de la colonne vertébrale ? OUI – NON
14. Avez-vous déjà présenté des problèmes de "sciatique" ? OUI – NON
15. Souffrez-vous d'une maladie de la peau dans la région du dos ? OUI – NON
16. Avez-vous eu un problème lors d'une péridurale précédente ? OUI – NON
17. Avez-vous été opéré en vue de maigrir ? OUI – NON