



COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)

*Pour inscription externe
de l'utilisateur seulement*

*Apposer ici l'étiquette qui
contient 2 codes à barres
pour la numérisation
aux Archives*

NO DOSSIER

Nom, prénom : _____
Date de naissance : _____ M F
N.A.M. : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Moro : _____

Veuillez retourner ce formulaire rempli dans les plus brefs délais afin d'éviter de retarder votre chirurgie

SECTION 1 – À COMPLÉTER SEULEMENT SI DOSSIER NON IDENTIFIÉ

Nom : _____ Date naissance : _____
Prénom : _____ Âge : _____ Sexe: M F
Adresse : _____ RAMQ : _____
Date d'expiration : _____
Téléphone : _____ Numéro carte hôpital Chicoutimi : _____
Cellulaire : _____

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Tél urgence : _____ Médecin famille : _____
Lien avec vous : _____
Principal hôpital fréquenté : _____ Adresse courriel : _____
Nom pharmacie : _____
téléphone : _____

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS POUR VOTRE CHIRURGIE

Nom intervention : _____ Poids récent : _____ lbs ou kg _____
Nom chirurgien : _____ Taille : _____
Qui a complété le formulaire : Patient Autre
Lien avec le patient : _____

SECTION 4 – AUTORISATION

J'autorise ma pharmacie à télécopier mon profil pharmaceutique (liste de médicaments) à la clinique d'évaluation préopératoire du CIUSSS de Chicoutimi.

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

	NON	OUI	PRÉCISER
MÉDICATION			
<ul style="list-style-type: none"> Prenez-vous sur une base régulière des médicaments non prescrits ou en vente libre ou encore des produits naturels ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels : _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> Éprouvez-vous de la difficulté à tolérer les anti-inflammatoires type : Advil, Naprosyn, Orudis, Célébrex, etc 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quelle(s) réaction(s) éprouvez-vous? _____ _____
	NON	OUI	PRÉCISER
HABITUDES DE VIE			
<ul style="list-style-type: none"> Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien de cigarettes par jour ? _____ Depuis combien d'années fumez-vous? _____ ou Depuis combien d'années avez-vous cessé, si tel est le cas? _____
<ul style="list-style-type: none"> Faites-vous usage de la cigarette électronique ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Prenez-vous de l'alcool ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien par jour? _____ ou Combien par semaine? _____
<ul style="list-style-type: none"> Consommez-vous des drogues ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ou lesquelles ? <input type="checkbox"/> Marijuana (et des dérivés) <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Kétamine <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Amphétamines <input type="checkbox"/> Autres À quelle fréquence : _____
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà eu des problèmes de dépendances à des médicaments ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle(s) substance(s) : _____

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

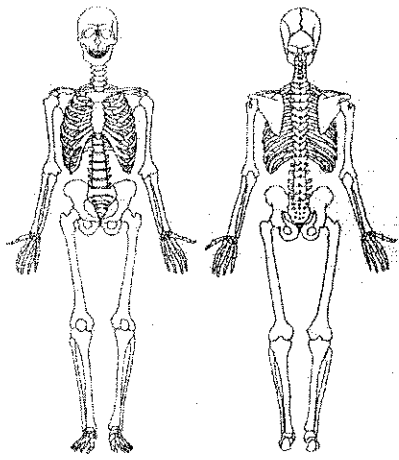
	NON	OUI	PRÉCISER									
ALLERGIES												
<i>Pour les questions 1, 2, 3, veuillez encercler le ou les numéros qui représentent le mieux votre réaction allergique. Voir les choix dans l'encadré.</i>												
1. Êtes-vous allergique au latex (ballons, préservatifs, gants de ménage, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choix réponse : _____ 1-2-3-4-5-6-7-8									
2. Êtes-vous allergique à un produit de contraste en radiologie (iode) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choix réponse : _____ 1-2-3-4-5-6-7-8									
3. Êtes-vous allergique à un médicament et / ou un antibiotique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, Choix réponse le(s)quel(s) : _____ 1-2-3-4-5-6-7-8									
_____ 1-2-3-4-5-6-7-8												
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%;">1) Rhinite</td> <td style="width:33%;">2) Eczéma</td> <td style="width:33%;">3) Urticaire</td> </tr> <tr> <td>4) Rougeur locale</td> <td>5) Rougeur généralisée</td> <td>6) Difficulté respiratoire</td> </tr> <tr> <td>7) Chute de la tension artérielle (choc)</td> <td>8) Œdème (enflure)</td> <td></td> </tr> </table>				1) Rhinite	2) Eczéma	3) Urticaire	4) Rougeur locale	5) Rougeur généralisée	6) Difficulté respiratoire	7) Chute de la tension artérielle (choc)	8) Œdème (enflure)	
1) Rhinite	2) Eczéma	3) Urticaire										
4) Rougeur locale	5) Rougeur généralisée	6) Difficulté respiratoire										
7) Chute de la tension artérielle (choc)	8) Œdème (enflure)											
ANTÉCÉDENTS ANESTHÉSQUES												
NON OUI PRÉCISER												
• Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
• Avez-vous déjà eu des problèmes lors d'une anesthésie antérieure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : _____ _____ _____									
• Vous a-t-on déjà parlé que vous étiez difficile à intuber ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
• Vous ou quelqu'un de votre famille souffre-t-il d'hyperthermie maligne, de déficit en pseudocholinestérase ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, votre lien avec cette personne : _____									
• Portez-vous des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inférieure <input type="checkbox"/> Supérieure									
• Avez-vous des dents qui branlent, dents fragiles, cariées, des implants ou des couronnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
• Avez-vous des problèmes à bouger votre cou et /ou à ouvrir votre bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

	NON	OUI	PRÉCISER
MUSCULO SQUELETTIQUE			
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous des problèmes au niveau de vos articulations ? <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Polyarthrite <input type="checkbox"/> Spondylite ankylosante 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>Veillez entourer les zones de votre squelette qui vous causent des limitations.</p>
	NON	OUI	PRÉCISER

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX			
	NON	OUI	PRÉCISER
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà eu un pontage ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : Année : _____ <input type="checkbox"/> Cœur : _____ <input type="checkbox"/> Membres inférieurs (jambe) : _____
<ul style="list-style-type: none"> Êtes-vous porteur d'une valve cardiaque artificielle ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ? _____
<ul style="list-style-type: none"> Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker), un défibrillateur implantable ou un neurostimulateur ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quelle année? _____
<ul style="list-style-type: none"> Vous a-t-on installé des stents (tuteurs cardiaques)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà eu une chirurgie de fulguration en électrophysiologie cardiaque ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Vous a-t-on déjà opéré au niveau des carotides ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà été opéré au niveau du cerveau ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : _____ _____ _____

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

	NON	OUI	PRÉCISER
SUITE ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX			
• Avez-vous déjà subi une chirurgie de reconstruction maxillo-faciale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez-vous déjà été opéré au niveau de la colonne vertébrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	À quel niveau? _____ _____
• Avez-vous déjà subi une chirurgie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : _____
• Avez-vous déjà subi une greffe d'un organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser lequel : _____
• Avez-vous déjà subi une chirurgie orthopédique majeure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Épaule (s) <input type="checkbox"/> Hanche (s) <input type="checkbox"/> Coude (s) <input type="checkbox"/> Genou (x) Si oui, préciser : _____
	NON	OUI	PRÉCISER
SYSTEME CARDIAQUE			
• Souffrez-vous d'hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle est votre tension lorsque prise à la maison ou pharmacie? _____
• Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques comme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Arythmies <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Oedème pulmonaire aigu (eau sur les poumons) <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque <input type="checkbox"/> Maladies valves cardiaques <input type="checkbox"/> Malformation(s) cardiaque(s) <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____
• Vous arrive-t-il plus fréquemment de ressentir des douleurs dans la poitrine lors d'efforts minimaux? Exemples :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ Monter un escalier (2 paliers) ➤ Faire le ménage ➤ Prendre une marche lentement ➤ Passer la tondeuse ➤ Râtelier les feuilles ➤ Passer l'aspirateur			
• Êtes-vous essoufflé au moindre effort? (Mêmes exemples que la question précédente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

	NON	OUI	PRÉCISER
SUITE SYSTÈME CARDIAQUE			
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà été investigué pour un problème cardiaque? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quels examens avez-vous subis? <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG) <input type="checkbox"/> Échographie cardiaque <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Tapis roulant <input type="checkbox"/> MAPA (prise de la tension artérielle à la maison pendant 24 heures) <input type="checkbox"/> Coronarographie <input type="checkbox"/> Mibi-persantin (médecine nucléaire)
	NON	OUI	PRÉCISER
SYSTÈME RESPIRATOIRE			
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous des problèmes respiratoires? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Emphysème <input type="checkbox"/> Autres : _____
<ul style="list-style-type: none"> Souffrez-vous de toux dérangeante ou chronique? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Votre tolérance à l'effort a-t-elle diminué dans les derniers mois? (êtes-vous plus facilement essoufflé que d'habitude)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Êtes-vous sous traitement d'oxygène à la maison? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Souffrez-vous d'apnée du sommeil diagnostiquée par un médecin? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, utilisez-vous un CPAP? Modèle : _____ Paramètres : _____
<ul style="list-style-type: none"> Êtes-vous en attente de polysomnographie? (test pour détecter chez vous la présence de l'apnée du sommeil) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Test de somnolence : aux questions suivantes, répondez avec les choix de 0 à 3 dans l'encadré joint : <p><i>Le jour, quelle est la probabilité que vous vous endormissiez?</i></p> <p>Assis en train de lire : _____</p> <p>En regardant la télévision : _____</p> <p>Assis en public (théâtre ou en réunion) : _____</p> <p>En tant que passager dans une voiture, assis pendant une heure : _____</p> <p>En se couchant l'après-midi, quand les circonstances le permettent : _____</p> <p>Assis tranquillement après un repas sans alcool : _____</p> <p>Dans une voiture arrêtée quelques minutes dans un embouteillage : _____</p> <p>En discutant avec un ami, assis : _____</p>			
			<p>0 = ne somnolerais jamais 1 = faible chance 2 = chance modérée 3 = forte chance</p>
			TOTAL : _____

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

	NON	OUI	PRÉCISER
SYSTÈME RESPIRATOIRE (SUITE)			
• Votre ronflement peut-il être entendu à travers une porte fermée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est-ce que des pauses respiratoires ont été observées pendant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NON	OUI	PRÉCISER
SYSTÈME NEUROLOGIQUE			
• Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> AVC / ICT Année : _____ Séquelles : _____ <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson <input type="checkbox"/> Faiblesse d'un membre <input type="checkbox"/> Pertes de conscience répétées <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale <input type="checkbox"/> Perte de vision subite <input type="checkbox"/> Spina bifida <input type="checkbox"/> Paralysie <input type="checkbox"/> Autres : _____
	NON	OUI	PRÉCISER
SYSTÈME RÉNAL			
• Avez-vous des problèmes avec vos reins? <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Rein unique <input type="checkbox"/> Greffé rénal <input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si dialyse, Produisez-vous encore de l'urine? <input type="checkbox"/> Votre horaire de dialyse? _____ _____
	NON	OUI	PRÉCISER
SYSTÈME ENDOCRINIEN			
• Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, de quel type? <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Autres : _____

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

	NON	OUI	PRÉCISER
SYSTÈME ENDOCRINIEN (SUITE)			
<ul style="list-style-type: none"> Êtes-vous diabétique? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel traitement utilisez-vous? <input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Hypoglycémifiants oraux <input type="checkbox"/> Insuline sous-cutanée <input type="checkbox"/> Pompe insuline Quelles sont vos glycémies à la maison, en moyenne? _____ Avez-vous des organes atteints par votre diabète? <input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique <input type="checkbox"/> Atteinte rénale <input type="checkbox"/> Atteinte nerveuse
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous pris de la cortisone par la bouche dans les 12 derniers mois? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : <input type="checkbox"/> Avez-vous pris plus de 20 mg pendant plus de 3 mois? <input type="checkbox"/> Prenez-vous 5 mg ou plus à tous les jours?
SYSTÈME HÉMATOLOGIQUE			
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà reçu une transfusion de produits sanguins? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, avez-vous fait une réaction anormale? Préciser : _____
<ul style="list-style-type: none"> Êtes-vous actuellement investigué ou traité pour un problème d'anémie? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà fait une thrombophlébite et/ou une embolie pulmonaire? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Présentez-vous ou quelqu'un de votre famille des anomalies de la coagulation? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Hémophilie <input type="checkbox"/> Leiden <input type="checkbox"/> Autres : _____

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

	NON	OUI	PRÉCISER
SUITE SYSTÈME HÉMATOLOGIQUE			
<ul style="list-style-type: none"> • Provenez-vous d'un pays autour de la Méditerranée ou êtes-vous d'origine antillaise, africaine ou afro-américaine? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous une histoire personnelle ou familiale d'anémie falciforme ou de thalassémie? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous présenté des saignements anormaux dans une ou plusieurs des situations suivantes? <ol style="list-style-type: none"> 1- Saignements prolongés ou inhabituels ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement. 2- Tendance à faire des ecchymoses (bleus) importants lors de chocs mineurs, sans cause apparente. 3- Saignements prolongés lors d'extractions dentaires. 4- Saignements importants après une chirurgie mineure (amygdales, circoncision, coupure du cordon ombilical à la naissance). 5- Hémorragie après un accouchement. 6- Menstruations abondantes de façon répétée, ayant conduit à un traitement. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NON	OUI	PRÉCISER
SYSTÈME DIGESTIF			
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu des problèmes d'ulcères digestifs ou d'hémorragie digestive? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Faites-vous du reflux gastro-oesophagien <p style="margin-left: 20px;">Si oui, persiste-t-il après la prise de médication?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous porteur d'une cirrhose hépatique? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NON	OUI	PRÉCISER
INFECTIEUX			
<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous porteur d'une maladie infectieuse chronique? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Autre : _____
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous été hospitalisé (e) plus de 24 heures dans les 3 dernières années? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

