



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 : _____

Veillez 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 : _____

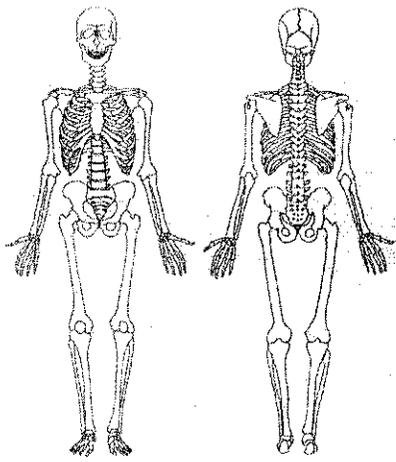
	NON	OUI	PRÉCISER
MÉDICATION			
<ul style="list-style-type: none"> Prenez-vous sur une base régulière des médicaments non prescrits ou en vente libre ou encore des produits naturels ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels : _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> Éprouvez-vous 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
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			
<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, préciser : _____
• 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>
			<p>TOTAL : _____</p>

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"/>	<input type="checkbox"/>	Si dialyse, Produisez-vous encore de l'urine? <input type="checkbox"/> Votre horaire de dialyse? _____
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Rein unique <input type="checkbox"/> Greffé rénal <input type="checkbox"/> 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"/>	

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : _____

dossier : _____

	NON	OUI	PRÉCISER
SUITE INFECTIEUX			
<ul style="list-style-type: none"> Étes-vous porteur (euse) d'une bactérie multi-résistante (SARM, ERV)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quel endroit : _____ _____
AVQ / AVD			
<ul style="list-style-type: none"> Vivez-vous seul (e)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, spécifier l'endroit : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Résidence privée sans service <input type="checkbox"/> Résidence privée avec services
<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin lors de votre convalescence 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous des troubles d'équilibre, un manque de coordination, des faiblesses ou des limitations de vos mouvements qui auraient pu ou qui ont entraîné des chutes dans les 3 derniers mois? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIVERS			
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà été atteint d'un cancer? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser lequel : _____ En quelle année? _____ Quel traitement avez-vous eu? <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Autres : _____
<ul style="list-style-type: none"> Souffrez-vous de problèmes visuels limitant votre fonctionnement? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Souffrez-vous de problèmes auditifs? Si oui, avez-vous besoin de vos prothèses auditives en permanence? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
QUESTIONS SPÉCIALES POUR LA FEMME			
<ul style="list-style-type: none"> Lors de votre chirurgie, se pourrait-il que vous soyez enceinte? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Présentez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ménopause depuis plus d'un an <input type="checkbox"/> Hystérectomie <input type="checkbox"/> Ligature tubaire

