

Centre régional de santé de North Bay

Services cliniques Questionnaire préopératoire

Nom du patient : _____

N° de carte Santé : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

(jj/mm/aa)

Adresse courriel : _____

Coordonnées : Téléphone (jour) : _____ Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____

Qui a rempli le présent formulaire? Patient Autre Nom et lien avec le patient : _____ Date : _____

Religion : _____ Médecin de famille : _____ Chirurgien : _____

Nom du plus proche parent selon la loi : _____ Langue de choix : _____

Avez-vous une procuration relative au soin de la personne/des directives préalables/un testament biologique? Oui Non

Si vous passez la nuit, quel type de chambre aimeriez-vous avoir? À un lit À deux lits (il y a des frais si vous n'avez pas d'assurances)

Nom de votre compagnie d'assurances : _____ Numéro de police d'assurance : _____

L'assurance est à quel nom? _____ Lien avec le patient : _____ Date de naissance : _____

Est-ce que cette chirurgie résulte d'une blessure subie au travail? Oui Non Nom de l'employeur : _____

N° de demande de prestations CSPAAT/CAT _____

	Oui	Non	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous été hospitalisé au cours de la dernière année? Où? Pourquoi?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Est-ce possible que vous soyez enceinte?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez-vous plus de 2 ou 3 boissons alcooliques par jour, p. ex. bière, vin et spiritueux?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y aura-t-il quelqu'un pour vous reconduire chez vous après la chirurgie? Qui?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous allergique au latex?

Indiquez, ci-dessous, toutes vos allergies ainsi que les réactions que vous avez eues :

Allergique à :	Réaction :	Allergique à :	Réaction :

Renseignements sur les médicaments

6. Prenez-vous des anticoagulants?

Indiquez tous les médicaments que vous prenez OU Je ne prends pas de médicaments

(y compris les pilules, les timbres, les crèmes, les inhalateurs, les gouttes pour les yeux, les vitamines, les remèdes à base de plantes médicinales et les drogues à usage récréatif) ou joignez la liste produite par le programme MedsCheck.

Nom de votre pharmacie : _____ Numéro de téléphone : _____

Médicament	Dose (mg)	Fréquence	Raison

Renseignements sur l'anesthésie

Nom du patient/Numéro J : _____

	Oui	Non	Si oui, fournir des détails.
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà reçu un anesthésique?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu des problèmes associés à un anesthésique?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Est-ce que vous ou un membre de votre famille souffrez d'hyperthermie maligne?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous de la difficulté à bouger le cou ou à ouvrir la bouche?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des couronnes ou un dentier?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous de brûlements d'estomac ou de reflux gastrique graves ou non contrôlés?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà fumé? Si oui , fumez-vous encore? Quantité? Si non , quand avez-vous arrêté de fumer?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'asthme, de bronchite, d'emphysème ou de maladie pulmonaire obstructive chronique? Si oui , avez-vous de la difficulté à accomplir vos activités quotidiennes en raison de vos problèmes respiratoires?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous de l'oxygène à la maison?
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'apnée du sommeil? Si oui, utilisez-vous un appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP)? Réglage :

Renseignements sur la santé cardiovasculaire

17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu une crise cardiaque? Si oui , quand?
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu un pontage? Si oui , quand?
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu une endoprothèse (stent)? Si oui , quand?
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des pilules pour traiter la tension artérielle élevée (hypertension)?
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous un stimulateur cardiaque?
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous un dispositif cardiaque implanté (y compris un défibrillateur cardiaque implanté)?
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouvez-vous accomplir <u>une ou plusieurs</u> des activités suivantes sans ressentir de douleur à la poitrine ou d'essoufflement? - monter un escalier - monter une côte - courir sur une courte distance - faire de la bicyclette
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous un souffle cardiaque ou un problème de valve cardiaque pour lequel vous consultez un spécialiste? Si oui , à quand remonte votre dernier échocardiogramme? _____ Où a-t-il été fait? _____
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un mini-AVC? Si oui , quand? _____
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu un caillot de sang dans la jambe ou le poumon?
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous atteint d'un trouble caractérisé par des contusions (bleus) ou des saignements anormaux?

Autres renseignements

28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des étourdissements ou vous arrive-t-il de perdre connaissance souvent?
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous atteint d'épilepsie ou d'un trouble caractérisé par des convulsions?
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous de polyarthrite rhumatoïde?
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous diabétique? Si oui , prenez-vous de l'insuline? _____
32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous une maladie du rein?
33.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu une maladie grave?

Si oui, indiquez, ci-dessous, tous les problèmes de santé que vous avez eus (y compris les problèmes de santé mentale) et les opérations majeures que vous avez subies qui n'ont pas été mentionnées ci-dessus :

Notes de l'infirmière

Service	Signature	Nom en lettres moulées	Date
Infirmière - Clinique de préadmissions			
Infirmière - unité			