

North Bay Regional Health Centre

Clinical Services
Pre-Procedure Questionnaire
 (Endoscopy, Bronchoscopy, Ophthalmology)

Who completed this form? Patient Other: Name/Relationship: _____ Date: _____

Please list all allergies below and your reaction:			
Allergic to:	Reaction:	Allergic to:	Reaction:

Medical History:

	Yes	No	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had an anesthetic before? If yes, did you have any problems? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you or any of your family members have malignant hyperthermia?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever smoked? If yes , do you still smoke? How much?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have asthma, bronchitis, emphysema or COPD?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you use home oxygen?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have sleep apnea? If yes, do you use a CPAP machine? Setting:
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take pills for high blood pressure?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had a heart attack? If yes , when?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had a bypass? If yes , when?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had cardiac stents? If yes , when?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a pacemaker or implanted cardiac device?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Can you walk up a flight of stairs or push a vacuum without chest pain or shortness of breath?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a heart murmur or heart valve for which you see a specialist?
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had a stroke or mini stroke? If yes , when?
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had a blood clot in your leg or lung?
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have an abnormal bruising or bleeding disorder?
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have epilepsy or seizure disorder?
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have diabetes? If yes , do you take insulin? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

21. Please list any other serious medical conditions:

Please list all medications you take or attach a medication or MedsCheck list from your pharmacy.	
Drug (including dosing information if possible)	Drug (include dosing information if possible)

Centre régional de santé de North Bay

Services cliniques
Questionnaire préopératoire
(Endoscopie, Bronchoscopie, Ophtalmologie)

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

Indiquez, ci-dessous, toutes vos allergies ainsi que les réactions qu'elles ont provoquées :

Allergique à :	Réaction :	Allergique à :	Réaction :

Antécédents médicaux :

	Oui	Non	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà reçu un anesthésique? Si oui, avez-vous eu des problèmes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Est-ce que vous ou un membre de votre famille souffrez d'hyperthermie maligne?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà fumé? Si oui , fumez-vous encore? Quantité?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'asthme, de bronchite, d'emphysème ou de maladie pulmonaire obstructive chronique?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous de l'oxygène à la maison?
7.	<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 :
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des pilules pour traiter la tension artérielle élevée (hypertension)?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu une crise cardiaque? Si oui , quand?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu un pontage? Si oui , quand?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu une endoprothèse coronaire (<i>stent</i>)? Si oui , quand?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous un stimulateur cardiaque ou un dispositif cardiaque implanté?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouvez-vous monter un escalier ou passer l'aspirateur sans ressentir de douleur à la poitrine ou d'essoufflement?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous un souffle cardiaque ou un problème de valvule cardiaque pour lequel vous consultez un spécialiste?
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un mini-AVC? Si oui , quand?
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu un caillot de sang dans une jambe ou un poumon?
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous atteint d'un trouble caractérisé par des contusions (bleus) ou des saignements anormaux?
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous atteint d'épilepsie ou d'un trouble caractérisé par des convulsions?
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous diabétique? Si oui , prenez-vous de l'insuline? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
21.	Indiquez ci-dessous tout autre problème de santé grave :		

Indiquez tous les médicaments que vous prenez ou annexe au questionnaire une liste dressée par votre pharmacien ou encore une liste produite dans le cadre du programme MedsCheck.

Médicament (et posologie si possible)	Médicament (et posologie si possible)