

<b>Médecin Dr</b>	<b># CMCP</b>
<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	<b>Âge</b>
<b>N.A.M.</b>	<b>Expiration</b>

**QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE**

Chirurgie(s) prévue (s):				
Âge:	Poids:	lb/kg	Taille:	pi/m
			IMC:	kg/m <sup>2</sup>
			T.A.:	Pouls:
<b>Prothèse(s) dentaire(s), pont(s) couronnes(s):</b>		<b>Prothèse(s) auditive(s):</b>		<b>Verres de contact:</b>
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Condition(s) médicale(s) connue(s) traitée(s):</b>			<b>Chirurgie(s) antérieure(s):</b>	
_____			_____	
_____			_____	
<b>Condition(s) médicale(s) connue(s) non traitée(s):</b>			_____	
_____			_____	
_____			_____	

**Liste des médicaments :**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Liste des produits naturels:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Prenez-vous:**

**Des anticoagulants ?** Oui  Non

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_

**Aspirine ?** Oui  Non

**Avez-vous déjà eu une anesthésie:**

**Générale ?** Oui  Non

**Régionale ?** Oui  Non

**Locale ?** Oui  Non

**Histoire de nausées et vomissements en postopératoire?** Oui  Non

**Est-ce que vous-même ou un membre de votre famille, avez déjà eu des complications lors d'une anesthésie ?**

Oui  Non

**Si oui, lesquelles :** \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

**Avez-vous des allergies:**

**Précisez:**

**Aux médicaments ?** Oui  Non  \_\_\_\_\_

**Aux latex ?** Oui  Non  \_\_\_\_\_

**Aux aliments ?** Oui  Non  \_\_\_\_\_

**Avez-vous des intolérances alimentaires ?**

**Précisez:** \_\_\_\_\_

**Habitudes de vie:**

**Tabac:** Oui  Non  **Consommation/jour:** \_\_\_\_\_

**Végétarien** Oui  Non

**si cessé, depuis quand:** \_\_\_\_\_

**Végétalien** Oui  Non

**Alcool:** Oui  Non  **Consommation/jour:** \_\_\_\_\_

**Drogue(s):** Oui  Non  **Type de drogue(s)/fréquence:** \_\_\_\_\_

**Est-il possible que vous soyez enceinte ?** Oui  Non

**Avez-vous souffert d'un rhume ou d'une grippe dans les 4 dernières semaines ?** Oui  Non

**Avez-vous pris de la cortisone (par voie orale) Combien d'étages seriez-vous capable de monter s'il le fallait ? dans les 12 derniers mois ?** Oui  Non

**Avez-vous déjà reçu des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ?** Oui  Non

**Avez-vous été hospitalisé plus de 24 heures dans la dernière année ?** Oui  Non

**Si oui, pour quelle(s) raison(s) :** \_\_\_\_\_

**A quel endroit ?** \_\_\_\_\_

**Avez-vous des problèmes liés au coeur ?**

**Douleur (angine):** Oui  Non

**Essoufflement:** Oui  Non

**Palpitations/arythmie:** Oui  Non

**Hypertension artérielle (haute pression):** Oui  Non

**Infarctus (crise cardiaque):** Oui  Non

**Insuffisance cardiaque:** Oui  Non

**Maladie valvulaire (souffle cardiaque):** Oui  Non

**Êtes-vous porteur(se) d'un stimulateur cardiaque (pacemaker)?** Oui  Non

**Si oui de quel type: Stimulateur permanent**  **OU Stimulateur défibrillateur**

## QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

### Avez-vous des problèmes liés aux poumons ?

Asthme:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Bronchite:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Pneumonie:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Emphysème:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Toux / expectorations (crachats):	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Apnée du sommeil:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
CPAP/oxygène à domicile:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Tuberculose:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

### Avez-vous des problèmes neurologiques ?

Épilepsie / convulsions:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Paralysie / AVC:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Engourdissements:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Migraine:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Maux de dos:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Problèmes au niveau du cou:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Opération au niveau de la colonne vertébrale:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

### Avez-vous des problèmes liés à la digestion ?

Reflux gastrique:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Ulcère d'estomac:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des problèmes reliés au foie (cirrhose, hépatite, jaunisse) ? Oui  Non

Précisez: \_\_\_\_\_

### Avez-vous des problèmes liés au sang ?

Anémie:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Saignements anormaux:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Ecchymoses (bleus fréquents):	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Hémophilie:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Leucémie:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Thrombophlébite:	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà reçu une transfusion dans le passé ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu une réaction(s) lors de la transfusion ? Oui  Non

Précisez: \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

Souffrez-vous de ?

Diabète:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Maladie musculaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Glaucome:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Maladie du transport:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie de la thyroïde:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Infection urinaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie rénale:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Infection génitale(herpès etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie des glandes surrénales:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Infection VIH :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie de l'hypophyse:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Infection hépatite :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Arthrite rhumatoïde:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Hépatite : A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>

Autre: \_\_\_\_\_

Autres questions liées à votre condition de santé:

Est-ce que vos chevilles enflent ? Oui  Non

Combien de temps êtes-vous capable de marcher dehors lorsqu'il fait beau ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des crampes dans les jambes lorsque vous marchez ? Oui  Non

Combien d'étages seriez-vous capable de monter à pieds s'il le fallait ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous traité(e) dans un autre hôpital ? Oui  Non

Précisez: \_\_\_\_\_

Êtes-vous connu(e) du CLSC ? (Québec) Oui  Non

Lequel: \_\_\_\_\_

Signature du patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### À L'USAGE DU CMC

Vérifié par l'infirmière: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_