Médecin Dr
Nom

Prénom

Date de naissance **Âge**

N.A.M. **Expiration**

QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

Chirurgie(s) prévue (s):

Âge: Poids: lb/kg	Taille: pi/m	IMC: kg/m²	T.A.:	Pouls:

Prothèse(s) dentaire(s), pont(s) couronnes(s): Oui ☐ Non ☐

Prothèse(s) auditive(s): Oui ☐ Non ☐

Verres de contact: Oui ☐ Non ☐

Condition(s) médicale(s) connue(s) traitée(s):

_____

_____

Condition(s) médicale(s) connue(s) non traitée(s):

_____

_____

Chirurgie(s) antérieure(s):

_____

_____

_____

_____

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:**_____

si cessé, depuis quand: _____

Alcool: Oui ☐ Non ☐ **Consommation/jour:**_____

Drogue(s): Oui ☐ Non ☐ **Type de drogue(s)/fréquence:** _____

Végétarien Oui ☐ Non ☐

Végétalien Oui ☐ Non ☐

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) 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 ☐
Essouflement:	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 ☐	Non ☐
Bronchite:	Oui ☐	Non ☐
Pneumonie:	Oui ☐	Non ☐
Emphysème:	Oui ☐	Non ☐
Toux / expectorations (crachats):	Oui ☐	Non ☐
Embolie pulmonaire:	Oui ☐	Non ☐
Apnée du sommeil:	Oui ☐	Non ☐
CPAP/oxygène à domicile:	Oui ☐	Non ☐
Tuberculose:	Oui ☐	Non ☐

Avez-vous des problèmes neurologiques ?

Épilepsie / convulsions:	Oui ☐	Non ☐
Paralysie / AVC:	Oui ☐	Non ☐
Engourdissements:	Oui ☐	Non ☐
Perte de conscience:	Oui ☐	Non ☐
Migraine:	Oui ☐	Non ☐
Maux de dos:	Oui ☐	Non ☐
Problèmes au niveau du cou:	Oui ☐	Non ☐
Opération au niveau de la colonne vertébrale:	Oui ☐	Non ☐

Avez-vous des problèmes liés à la digestion ?

Reflux gastrique:	Oui ☐	Non ☐
Ulcère d'estomac:	Oui ☐	Non ☐

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

Précisez: _____

Avez-vous des problèmes liés au sang ?

Anémie:	Oui ☐	Non ☐
Saignements anormaux:	Oui ☐	Non ☐
Ecchymoses (bleus fréquents):	Oui ☐	Non ☐
Hémophilie:	Oui ☐	Non ☐
Leucémie:	Oui ☐	Non ☐
Thrombophlébite:	Oui ☐	Non ☐

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 ☐	Non ☐	**Maladie musculaire:**	Oui ☐	Non ☐
Glaucome:	Oui ☐	Non ☐	**Maladie du transport:**	Oui ☐	Non ☐
Maladie de la thyroïde:	Oui ☐	Non ☐	**Infection urinaire**	Oui ☐	Non ☐
Maladie rénale:	Oui ☐	Non ☐	**Infection génitale(herpès etc.) :**	Oui ☐	Non ☐
Maladie des glandes surrénales:	Oui ☐	Non ☐	**Infection VIH :**	Oui ☐	Non ☐
Maladie de l'hypophyse:	Oui ☐	Non ☐	**Infection hépatite :**	Oui ☐	Non ☐
Arthrite rhumatoïde:	Oui ☐	Non ☐	Hépatite : A ☐ B ☐ C ☐		

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:** _____

Vérifié par l'infirmière: _____ **Date:** _____