



QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION

Nom

Prénom

Pronoms : Elle. Iel. Il. Autres : _____

Date de naissance

Langue de communication : Français.

Anglais.

Autre : _____

Cochez si besoin d'un traducteur.

N° d'assurance maladie

Date d'expiration

Nom complet légal inscrit sur la carte

Province émettrice

COORDONNÉES

No civique

App.

Rue

Ville

Province

Code postal

Pays

N° téléphone cellulaire

N° téléphone domicile

Adresse Courriel

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom

Prénom

Lien

No téléphone

Adresse Courriel

Merci de bien vouloir compléter ce questionnaire afin de faciliter la coordination et
l'organisation de vos soins avec les autres professionnels de la santé.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE

Nom : _____ Prénom : _____

1. INFORMATIONS

Chirurgie(s) prévue(s) : _____

- Âge _____ ans - Taille _____ pi / cm - T.A. _____
- Poids _____ lbs / kg - IMC _____ kg/ m² - Pouls _____

Avez-vous :

Oui. Non. Prothèses dentaires / Couronnes / Ponts?

Oui. Non. Appareil auditif

Oui. Non. Lentilles de contact

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Conditions médicales connues (traitées) :

Conditions médicales connues (non traitées) :

Chirurgie(s) antérieure(s) :

Oui. Non. Si oui, précisez : _____

3. MÉDICATIONS

Liste des médicaments

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Produits naturels / Suppléments

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Prenez-vous :

Oui. Non. Anticoagulants Si oui, lesquels : _____

Oui. Non. Aspirine

4. ANESTHÉSIE

Avez-vous déjà eu une anesthésie ?

- Oui. Non. Générale
- Oui. Non. Régionale
- Oui. Non. Locale
- Oui. Non. Avez-vous eu des nausées / vomissements postopératoires ?
- Oui. Non. Avez-vous (ou un membre de votre famille) déjà eu des complications liées à l'anesthésie? Si oui, précisez : _____

5. ALLERGIES

- Oui. Non. Médicaments Précisez : _____
- Oui. Non. Latex Précisez : _____
- Oui. Non. Aliments Précisez : _____
- Oui. Non. Intolérances alimentaire Précisez : _____

6. HABITUDES DE VIE

- Oui. Non. Tabac Quantité / jour : _____ Si arrêt, depuis quand : _____
- Oui. Non. Alcool Quantité / jour : _____
- Oui. Non. Drogues Type / fréquence : _____

Régime alimentaire :

- Oui. Non. Végétarien
- Oui. Non. Végétalien
- Autres. Précisez : _____

7. CONDITIONS RÉCENTES

- Oui. Non. Est-il possible que vous soyez enceinte?
- Oui. Non. Rhume / grippe dans le dernier mois
- 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(e) plus de 24 heures dans la dernière année?
Si oui, raison et à quel endroit : _____

8. SYSTÈME CARDIAQUE

Avez-vous des problèmes liés au cœur?

- Oui. Non. Douleur thoracique (Angine)
 Oui. Non. Essoufflement
 Oui. Non. Palpitations / Arythmie
 Oui. Non. Hypertension artérielle (Haute pression)
 Oui. Non. Antécédent d'infarctus (Crise cardiaque)
 Oui. Non. Insuffisance cardiaque
 Oui. Non. Maladie valvulaire (souffle cardiaque)
 Oui. Non. Êtes-vous porteur.se d'un stimulateur cardiaque (pacemaker)?
Si oui, de quel type : Stimulateur permanent Stimulateur défibrillateur

9. SYSTÈME RESPIRATOIRE

Avez-vous des problèmes liés aux poumons?

- Oui. Non. 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

10. SYSTÈME NEUROLOGIQUE

Avez-vous des problèmes neurologiques?

- Oui. Non. Épilepsie / convulsions
 Oui. Non. Paralyse / 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

11. SYSTÈME DIGESTIF ET FOIE

Avez-vous des problèmes liés à la digestion?

- Oui. Non. Reflux gastrique
 Oui. Non. Ulcère d'estomac
 Oui. Non. Avez-vous des problèmes liés au foie (cirrhose, hépatite, jaunisse)?
Si oui, précisez : _____

12. SANG

Avez-vous des problèmes liés au sang?

- Oui Non. 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 ou des réaction.s lors de la transfusion?
Si oui, précisez : _____

13. AUTRES CONDITIONS

Souffrez-vous de :

- Oui Non. Diabète
 Oui Non. Glaucome
 Oui Non. Maladie de la glande thyroïde
 Oui Non. Maladie rénale
 Oui Non. Maladie des glandes surrénales
 Oui Non. Maladie de l'hypophyse
 Oui Non. Arthrite rhumatoïde
 Oui Non. Maladie musculaire
 Oui Non. Scoliose
 Oui Non. Maladie du transport
 Oui Non. Infection urinaire
 Oui Non. Infection génitale (herpès etc.)
 Oui Non. Infection VIH
 Oui Non. Infection hépatite Hépatite : A B C
 Autre. Précisez : _____

14. CAPACITÉ FONCTIONNELLE

Autres questions liées à votre condition de santé:

- Oui. Non. Est-ce que vos chevilles enflent ?
- Oui. Non. Avez-vous des crampes dans les jambes lorsque vous marchez?
- Combien de temps pouvez-vous marcher sans arrêt ?
Précisez : _____
- Combien d'étages pouvez-vous monter ?
Précisez : _____

15. CERCLE DE SOIN

- Oui. Non. Êtes-vous suivi.e dans un hôpital ?
Précisez : _____
- Oui. Non. Êtes-vous suivi.e dans un CLSC (Québec)?
Précisez : _____
- Pharmacie : _____
- _____
- No téléphone domicile

16. SIGNATURE

Signature du.de la patient.e : _____ Date : _____

17. VÉRIFICATION (CLINIQUE)

Vérifié par : _____ Date : _____