



QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veillez remplir de votre mieux le présent questionnaire et le remettre à l'équipe de votre chirurgien. Si vous n'êtes pas certain d'une réponse, faites un crochet dans la case «Pas sûr». Vous pouvez ajouter des détails dans la case réservée aux commentaires.

Nom		☎ Maison		Cellulaire	
Courriel :		Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Votre date de naissance (aaa/mm/jj)	
				<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Taille : pieds/pouces ou cm		Poids : lb ou kg		Usage interne IMC	
Médecin de famille ☎		Spécialiste(s)		Type	

CŒUR

	Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
1. Avez-vous des problèmes cardiaques (p. ex. crise cardiaque, souffle, angine, blocage, angioplastie, tuteur intravasculaire (stent), problèmes de valve, arythmie, chirurgie, insuffisance)?				Précisez :	*
2. Faites-vous de l'hypertension ou prenez-vous des médicaments pour contrôler votre tension artérielle?					
3. Avez-vous de la douleur à la poitrine ou êtes-vous à bout de souffle lorsque vous montez un étage d'escaliers?					*
4. Avez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur implanté?					*
5. Prenez-vous de l'aspirine régulièrement?				Pourquoi?	
6. Prenez-vous des anticoagulants (p. ex. warfarine, Coumadin, Plavix, dabigatran, rivaroxaban)?					*
7. Avez-vous une valve cardiaque artificielle?					*
8. Avez-vous d'autres problèmes cardiaques?				Précisez :	

POUMONS

	Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
9 a. Avez-vous déjà fumé du tabac de quelque sorte? Veuillez indiquer quel produit (e.g., cigarettes, cigars, pipes, marijuana).				nombre /jour :	
				nombre d'années :	
9 b. Avez-vous cessé de fumer?				Quand?	
10. Faites-vous de l'emphysème, une bronchite chronique, ou avez-vous une maladie pulmonaire obstructive chronique?					*
11 a. Faites-vous de l'asthme?					
11 b. Ressentez-vous le besoin de prendre vos médicaments pour soulager l'asthme plus de 2 fois par semaine ou avez-vous pris des stéroïdes oraux ces 2 derniers mois?					*
12. Utilisez-vous des inhalateurs (pompes, aérosols-doseurs)?				À quelle fréquence?	

POUMONS	Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
13. Prenez-vous de l'oxygène à la maison pour vous aider à respirer?					*
14. Est-il difficile de vous allonger à plat sur le dos pendant au moins 30 minutes à cause de problèmes de respiration?					*
15. Avez-vous été hospitalisé à cause d'un essoufflement au cours des 2 derniers mois?					*
16. Avez-vous eu une pneumonie au cours des 2 derniers mois?					*
17 a. Faites-vous de l'apnée du sommeil? Utilisez-vous un appareil pour vous aider à dormir?					
17 b. Avez-vous choisi de ne pas utiliser un appareil la nuit même si on vous a conseillé de le faire?					*
18. Avez-vous d'autres problèmes respiratoires?					
PROBLÈMES SANGUINS	Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
19. Avez-vous déjà fait une drépanocytose (anémie à cellules falciforme)?					*
20. Avez-vous déjà fait de l'anémie (faible concentration d'hémoglobine)?					
21. Avez-vous déjà eu une maladie ou un trouble lié au sang?				<i>Précisez :</i>	*
22. Avez-vous reçu une transfusion de sang au cours des 3 derniers mois?					
23. Refusez-vous de recevoir des produits sanguins pour des motifs personnels ou religieux?					*
PROBLÈMES NEUROLOGIQUES	Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
24. Avez-vous déjà eu des problèmes importants de mémoire ou de démence?					*
25. Avez-vous déjà été très confus après une opération?					*
26. Avez-vous déjà eu une maladie qui affecte les muscles et les nerfs?					*
27. Avez-vous déjà fait un AVC, un mini AVC ou un accident ischémique transitoire					*
28. Avez-vous déjà fait un anévrisme?					
29. Avez-vous déjà fait de l'épilepsie ou des convulsions?					
Il y a plus de deux mois :					
Au cours des deux derniers mois :					*
30. Vous êtes-vous évanoui cette dernière année?					*
AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS	Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
31. Est-ce que vous ou un membre de votre famille (lié à vous par le sang) avez eu des problèmes graves autres que des nausées et vomissements après avoir reçu une anesthésie générale (p. ex. hyperthermie maligne)?				<i>Précisez :</i>	*
32. Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche ou la mâchoire, ou à bouger le cou de haut en bas?					*
33. Prenez-vous des stupéfiants (codéine, morphine, HYDRomorphONE, Percocet) pour soulager une douleur chronique?					*

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS				Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
34. Êtes-vous enceinte?								*
35. Est-il possible que vous soyez enceinte?								
36. Êtes-vous diabétique?							<input type="checkbox"/> prise d'insuline	*
							<input type="checkbox"/> médicaments contre le diabète	
							<input type="checkbox"/> contrôle de l'alimentation	
37. Êtes-vous en dialyse?								*
38. Avez-vous une maladie du rein?								*
39. Avez-vous une maladie de la glande thyroïde?							<input type="checkbox"/> mal contrôlé	*
							<input type="checkbox"/> bien contrôlé	
40. Avez-vous une infection des voies urinaires?								
41. Avez-vous déjà été mis en isolement dans un hôpital à cause d'une infection?								
42. Avez-vous présentement le rhume, une infection pulmonaire ou de la fièvre?								*
43. Avez-vous le VIH?							<input type="checkbox"/> sans traitement	*
							<input type="checkbox"/> avec traitement	
44. Avez-vous une maladie du foie?								*
45. Avez-vous déjà eu une transplantation d'organe (autre que cornée)?								*
46. Avez-vous déjà eu des ulcères d'estomac, des brûlements d'estomac ou une hernie hiatale?								
47. Souffrez-vous d'arthrite?							<input type="checkbox"/> polyarthrite rhumatoïde	*
							<input type="checkbox"/> arthrose	
48. Avez-vous une maladie auto-immune (p. ex. le lupus)?								*
49. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer?							Où?	
50. Avez-vous déjà reçu une radiothérapie?							<input type="checkbox"/> région de la tête ou du cou	*
							<input type="checkbox"/> ailleurs :	
51. Homme : Consommez-vous en moyenne plus de 3 boissons alcoolisées par jour, ou 21 consommations par semaine? Femme : Consommez-vous en moyenne plus de 2 boissons alcoolisées par jour, ou 14 consommations par semaine?							<i>Total par semaine :</i>	*
52. Prenez-vous de la drogue autre que marijuana?								*
53. Avez-vous des problèmes auditifs ou un appareil auditif?								
ALLERGIES				Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
54. Êtes-vous allergique au latex?								
55. Êtes-vous allergique aux œufs?								
56. Êtes-vous allergique à certains aliments?								
57. Êtes-vous allergique aux certains médicaments?							Nom?	
58. Êtes-vous allergique au métal?								
59. Avez-vous d'autres allergies?								

PLANIFICATION DU CONGÉ ET MOBILITÉ	Oui Non Pas sûr			Commentaires
	60. Utilisez-vous un fauteuil roulant, une marchette, une canne, un triporteur ou une autre aide pour vous déplacer?			
61. Avez-vous des problèmes d'équilibre?				
62. Avez-vous fait une chute au cours des trois derniers mois?				*
63. Est-ce qu'un adulte responsable peut vous raccompagner à la maison après votre chirurgie?				
64. Est-ce qu'une personne pourra passer la première nuit à la maison avec vous pour vous soigner?				
65. Recevez-vous actuellement des services à domicile (p. ex. d'un centre d'accès aux soins communautaires)?				
66. Habitez-vous dans une résidence pour aînés, une maison de pension, un foyer de soins de longue durée ou un établissement de ce type?				<i>Précisez :</i>
67. Habitez-vous à plus de 100 km de L'Hôpital d'Ottawa?				
68. Devez-vous monter et descendre des marches à la maison?				<i>Combien?</i>

Dressez la liste des chirurgies ou interventions mineures que vous avez subies et qui ont nécessité un anesthésiant.

Chirurgie ou intervention	Année	Chirurgie ou intervention	Année
1.		9.	
2.		10.	
3.		11.	
4.		12.	
5.		13.	
6.		14.	
7.		15.	
8.		16.	

Dressez la liste de toutes les chirurgies ou interventions que vous allez devoir subir (autre que la présente) et indiquez la date à laquelle elle aura lieu.

Chirurgie ou intervention	Mois/Année	Chirurgie ou intervention	Mois/Année
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

Indiquez le nom et le numéro de téléphone de votre pharmacie.

Nom de la pharmacie :

Numéro de téléphone (ou ville) :

()

Dressez la liste de tous les médicaments que vous prenez (y compris ceux à base d'herbes médicinales, ceux en vente libre et les vitamines). Ajoutez une feuille au besoin.

1.	13.
2.	14.
3.	15.
4.	16.
5.	17.
6.	18.
7.	19.
8.	20.
9.	21.
10.	22.
11.	23.
12.	24.

Avez-vous d'autres maladies, limitations ou préoccupations que nous devrions connaître? Yes Non
Précisez :

Qui a rempli le questionnaire?

Patient Membre de la famille Professionne de la santé Autre (précisez) :

Nom(s) en lettres moulées

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Heure

IMPORTANT: N'oubliez pas d'aviser votre chirurgien si vous pensez que vous commencez à avoir le rhume, la grippe ou une maladie ou si vous commencez à prendre un nouveau médicament.

Merci!

USAGE INTERNE SEULEMENT

Remarques :

Nom en lettres moulées

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Heure

Usage administratif SEULEMENT - Bureau du chirurgien.

Nom de l'intervention prévue : _____

Date: aaaa/mm/jj) _____

Campus: Civic Général Riverside

Chirurgien : _____ Département : _____ Téléphone : _____

Personne-ressource : _____ Signature : _____ Télécopieur : _____

Commentaires :

Usage administratif SEULEMENT - Unité de préadmission

Type d'évaluation de préadmission :

 Sur place (IA) Au téléphone (IA) Télémedecine (IA seulement) Examen du dossier Sur place (Anesthésie/IA) Télémedecine (Anesthésie/IA) Télémedecine (Anesthésie seulement) Autre (précisez) :Questionnaire révisé par : IA de l'Unité de préadmission Autre

Remarques :

Nom(s) en lettres moulées

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Heure