



### COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS AFIN D'ÉVITER DE RETARDER VOTRE CHIRURGIE

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>CHUL</b><br>Clinique préopératoire, D-1206<br>Télec. : 418 654-2115   | <input type="checkbox"/> <b>Hôpital du Saint-Sacrement</b><br>Clinique préopératoire,<br>Télec. : 418 682-7578 | <input type="checkbox"/> <b>Hôpital de l'Enfant-Jésus</b><br>Clinique préopératoire, J-2000<br>Télec. : 418 649-5675 |
| <input type="checkbox"/> <b>Hôtel-Dieu de Québec</b><br>Bloc opératoire,<br>Télec. : 418 691-5728 | <input type="checkbox"/> <b>Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO),</b><br>Télec. : 418 682-7937           | <input type="checkbox"/> <b>Hôpital Saint-François d'Assise</b><br>Unité d'accueil, C3-620<br>Télec. : 418 525-4313  |

Nom du chirurgien : \_\_\_\_\_ Chirurgie proposée : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ m

Par infirmière : IMC : \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> T.A. : \_\_\_\_\_ mm/Hg F.C. : \_\_\_\_\_ /min F.R. : \_\_\_\_\_ /min Saturation : \_\_\_\_\_ %

<b>Allergie :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____ Réaction : _____ <b>Intolérance :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____ Réaction : _____	<b>Chirurgie(s) antérieure(s) :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____ _____ _____ _____	<b>Antécédents médicaux :</b> (Problèmes de santé) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____ _____ _____ _____
---	---	---

Nom de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom de votre pharmacie : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  Profil pharmaceutique joint

**J'autorise ma pharmacie à télécopier mon profil pharmaceutique (liste de médicaments) à la clinique d'investigation préopératoire du CHU de Québec.**

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Énumérer tous les médicaments prescrits (incluant insuline, aérosol, supplément nutritif) que vous prenez. Si vous en prenez plus de 3, demandez à votre pharmacien de nous la télécopier au numéro ci-haut. _____ _____ _____	Énumérer les médicaments non prescrits ou produits naturels. _____ _____ _____ _____	Médicaments en gouttes ou crèmes. _____ _____ _____ _____
---	--	---

Nom :

Prénom :

# Dossier :

	Non	Oui	Préciser
<b>ANESTHÉSIE</b>			
1. Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous déjà eu des problèmes avec l'anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Un membre de votre famille a-t-il déjà eu un problème grave lors d'une anesthésie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Portez-vous des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inférieure <input type="checkbox"/> Supérieure
5. Avez-vous des dents qui branlent, dents fragiles, couronnes ou implants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Avez-vous des problèmes à bouger le cou ou à ouvrir la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale, d'arthrose, d'arthrite ou de spondylite ankylosante? Si oui, précisez l'endroit et limitations s'il y a : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RESPIRATOIRE</b>			
1. Êtes-vous suivi par un pneumologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. Avez-vous des problèmes respiratoires? <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Emphysème <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Souffrez-vous d'apnée du sommeil diagnostiquée par un médecin? Si oui, utilisez-vous un appareil pour vous aider la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type d'appareil :
4. Ronflez-vous de façon assez forte pour que l'on vous entende dans une autre pièce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Est-ce que vous vous sentez fatigué le jour ou vous arrive-t-il de vous endormir partout durant la journée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Est-ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous arrêtiez de respirer durant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>CARDIAQUE</b>			
1. Êtes-vous suivi par un cardiologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. Souffrez-vous d'hypertension artérielle? Si oui, êtes-vous traité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous des problèmes cardiaques comme : <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Arythmies <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Eau sur les poumons <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque <input type="checkbox"/> Malformation congénitale <input type="checkbox"/> Maladie de valves cardiaques <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous des douleurs thoraciques (de poitrine) au repos ou lors d'activités physiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous déjà été investigué pour des douleurs thoraciques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Êtes-vous essoufflé de façon anormale ou au moindre effort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous déjà passé ces examens? <b>Si oui, précisez l'année et l'endroit.</b> <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme(ECG) _____ <input type="checkbox"/> Coronarographie _____ <input type="checkbox"/> Échographie _____ <input type="checkbox"/> Tapis roulant _____ <input type="checkbox"/> Stress-Écho / Écho-dobutamine _____ <input type="checkbox"/> MIBI persantin (médecine nucléaire) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous déjà eu un pontage coronarien ou une dilatation avec ou sans installation de tuteur? <b>Si oui, précisez l'année et l'endroit :</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Êtes-vous porteur d'un pacemaker? <b>Si oui, date et lieu de la dernière vérification :</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>NEUROLOGIQUE</b>			
1. Êtes-vous suivi par un neurologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. Avez-vous déjà eu des problèmes d'ordre neurologique? <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Perte de conscience <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale <input type="checkbox"/> Paralyse <input type="checkbox"/> Faiblesse d'un membre <input type="checkbox"/> AVC (ACV) <input type="checkbox"/> Perte de vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



### COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE

	Non	Oui	Préciser
<b>RÉNAL</b>			
1. Êtes-vous suivi par un néphrologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins? <input type="checkbox"/> Infections <input type="checkbox"/> Calculs (pierres) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous des traitements d'hémodialyse? Quels jours? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ENDOCRINIEN</b>			
1. Êtes-vous suivi par un endocrinologue ou un interniste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. Êtes-vous diabétique ? Précisez le traitement. <input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémiant (comprimé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous dans les 6 derniers mois pris des corticostéroïdes en comprimé (ex. : prednisone-cortisone) pendant plus de 3 semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>HÉMATOLOGIQUE</b>			
1. Êtes-vous suivi par un hématologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. Avez-vous déjà eu des saignements anormaux lors de visite chez le dentiste, blessures mineures, opérations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous des problèmes d'anémie, une histoire personnelle ou familiale de thalassémie ou d'anémie falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser :
4. Présentez-vous des anomalies familiales de la coagulation? <input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Hémophilie <input type="checkbox"/> Leiden <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. En cas d'absolue nécessité, refuseriez-vous une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous déjà reçu une transfusion ou d'autres produits sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous déjà fait une réaction anormale aux produits sanguins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser :
<b>DIGESTIF</b>			
1. Êtes-vous suivi par un gastro-entérologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. Avez-vous déjà eu des problèmes d'ulcère ou d'hémorragie digestive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Faites-vous du reflux gastrique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Êtes-vous porteur d'une cirrhose hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>HABITUDES DE VIE</b>			
1. Prenez-vous de l'alcool? Si oui, par jour _____ par semaine _____ Si ancienne dépendance, cessée depuis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Consommez-vous des drogues ou des narcotiques? Si ancienne dépendance, cessée depuis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé? Si oui, _____ par jour. Tabagisme cessé depuis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom :

Prénom :

# Dossier :

	Non	Oui	Préciser
<b>PRÉVENTION DES INFECTIONS</b>			
1. Êtes-vous porteur d'une bactérie multirésistante? (SARM, ERV, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Êtes-vous porteur d'une maladie infectieuse chronique telle l'hépatite ou le VIH? Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>QUESTIONS SPÉCIFIQUES AUX FEMMES</b>			
1. Êtes-vous ménopausée depuis plus d'un an ou avez-vous été opérée pour une hystérectomie ou ligature de trompes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Est-ce qu'il y a une possibilité que vous soyez enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PSYCHOLOGIQUE</b>			
1. Êtes-vous suivi par un psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. Avez-vous des problèmes de santé mentale ? <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Maladie bipolaire <input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNES/ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE</b>			
1. Vivez-vous seul? <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Avec services <input type="checkbox"/> Sans services Nom de la résidence : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si escaliers, le nombre de marches À l'intérieur : _____ À l'extérieur : _____
2. Recevez-vous des services du CLSC? Lequel : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>DIVERS</b>			
1. Souffrez-vous de problèmes auditifs? Si oui, spécifier le côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
2. Portez-vous des prothèses auditives? Si oui, spécifier le côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
3. Souffrez-vous de problèmes visuels? <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Verres de contact
4. Avez-vous des problèmes cutanés? <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Souffrez-vous d'incontinence urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Êtes-vous porteur d'une stomie urinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Faites-vous des infections urinaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous présentement des brûlements ou douleur si vous urinez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Souffrez-vous d'incontinence intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Êtes-vous porteur d'une stomie intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Souffrez-vous d'ostéoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Avez-vous une diète particulière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Avez-vous perdu du poids au cours des trois derniers mois de façon involontaire? <input type="checkbox"/> Plus de 5 livres (2.5 kg) <input type="checkbox"/> Plus de 10 livres (5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Avez-vous moins d'appétit depuis trois mois (inexpliqué)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Avez-vous des problèmes digestifs? <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PLANIFICATION DE DÉPART</b>			
1. En général, avez-vous des problèmes de concentration ou de mémoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ou à rester à la maison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous besoin régulièrement de quelqu'un pour vous aider à la maison? Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Hygiène <input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Utilisez-vous régulièrement un accessoire de marche? Si oui lequel : <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin? <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Êtes-vous anxieux face à votre chirurgie ou retour à domicile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

( ) DSI-HEJ/2014-05-15/NL/ib

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE

Dossier médical

D.I.C.: 3-4-4

Page 4 de 5



### COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE

#### PERSONNES RESSOURCES QUI VOUS AIDERONT APRÈS VOTRE CHIRURGIE

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. domicile: \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. domicile: \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_

Après votre chirurgie, à votre sortie de l'hôpital, où prévoyez-vous aller?

Domicile       Centre de convalescence : \_\_\_\_\_

Autre : Préciser l'adresse si différente de votre domicile : \_\_\_\_\_

**Avez-vous d'autres informations concernant votre santé dont vous aimeriez nous faire part ?**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa mm jj

Signature de l'utilisateur ou de son répondant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du répondant, s'il y a : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ aaaa mm jj

Validation de la collecte par l'infirmière : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa mm jj

#### SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL INFIRMIER

Suivi pour la planification de départ  Aucun     Liste ressource remise     Liste milieux de convalescence remise  
 Plan thérapeutique infirmier     Autre: \_\_\_\_\_

MISE À JOUR DU QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE	NON	OUI	PRÉCISER
1. Avez-vous eu un changement dans votre état de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous consulté un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Votre médication a-t-elle été modifiée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous développé de nouvelles allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Est-ce que les personnes ressources identifiées sont les mêmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Avez-vous d'autres informations concernant votre santé dont vous aimeriez nous faire part ?**

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa mm jj