

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone résidence : _____

Numéro de téléphone bureau : _____

Numéro de téléphone cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Année d'expiration : _____ Mois d'expiration : _____

Nom de votre pharmacie : _____

Adresse de votre pharmacie : _____

Numéro de téléphone de la pharmacie : _____

Numéro de fax de la pharmacie : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Nom et prénom du père : _____

QUESTIONNAIRE PRÉ-CONSULTATION

◆ **Identification** : Prénom et nom : _____

Emploi : _____

Âge : _____ Poids _____ Taille : _____ IMC : _____ # de grossesse antérieure : _____

◆ **Raison de la consultation** : _____

◆ **Veillez identifier votre ou vos principales attentes** : _____

◆ **Quels produits utilisez-vous pour les soins de votre visage** : _____

◆ **Allergies médicamenteuses et/ou alimentaires** : _____

◆ **Antécédents** :

1. **Médicaux** :

Asthme
Diabète
Hypertension artérielle
Problème de coagulation
Problème de saignement
Thrombophlébite
Maladie cardiaque
Cancer du sein personnel
Cancer du sein dans la famille
Souffle cardiaque connu
Apnée du sommeil
Autres : _____

3. **Médicaments** :

Aspirine-entrophén
Anovulant-pilule
Hormones
Coumadin
Cortisone prise actuellement
Cortisone prise dans les derniers mois
Vitamine E
Produits naturels
Autres : _____

2. **Chirurgicaux** :

◆ **Habitudes** :

Consommation tabac ? NON OUI combien/jour ? _____

Consommation alcool ? NON OUI combien/jour ? _____

◆ **Êtes-vous enceinte ?** OUI NON

— **De quelle façon avez-vous entendu parler du Dre Isabelle C. Gagnon ?**

Nom du médecin référant : _____

Nom de la clinique : _____

Amis ou parents nom : _____

Journal : _____ Pages jaunes Internet

Autres : _____

Date : _____

Signature : _____

Nom :

Collecte de données préopératoire

Date de chirurgie:

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

Nom du chirurgien : *Dre Isabelle C. Gagnon*

Chirurgie proposée : _____

Âge : _____ Sexe : M F Poids : _____ lbs Taille : _____ Pied _____ Pouce

<p>Allergies ou Intolérances médicamenteuses et/ou alimentaires:</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p>	Préciser :	Réaction :

Chirurgie(s) antérieure(s) : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Préciser :
Avez-vous déjà eu une infection suite à une chirurgie? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Préciser :

Antécédents médicaux : (Problèmes de santé) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui	Préciser :

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 télécopier la liste au 418 681-2930.:	
Énumérer les médicaments non prescrits ou produits naturels :	
Énumérer les médicaments en gouttes ou crèmes :	

	Non	Oui	Préciser
ANESTHÉSIE			
1. Avez- vous déjà eu une anesthésie générale?		<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous déjà eu des problèmes avec l'anesthésie?		<input type="checkbox"/>	
3. Un membre de votre famille a-t-il déjà eu un problème grave lors d'une anesthésie?		<input type="checkbox"/>	
4. Portez-vous des prothèses dentaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inf. <input type="checkbox"/> sup.
5. Avez-vous des dents qui branlent, dents fragiles, couronnes ou implants?		<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, préciser l'endroit et limitations s'il y a :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESPIRATOIRE			
1. Êtes-vous suivi par un pneumologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous des problèmes respiratoires? <ul style="list-style-type: none"> • Asthme • Bronchite • Emphysème • Autre : 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<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 dit que vous arrêtiez de respirer durant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CARDIAQUE			
1. Êtes-vous suivi par un cardiologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Souffrez-vous d'hypertension artérielle? Si oui, êtes-vous traité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous des problèmes cardiaques comme : <ul style="list-style-type: none"> • Angine • Infarctus • Arythmies • Insuffisance cardiaque • Eau sur les poumons • Souffle au cœur • Malformation congénitale • Maladie de valves cardiaques • Autre : 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous des douleurs thoraciques (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"/>	

	Non	Oui	Préciser	
6. Êtes-vous essoufflé de façon anormale ou au moindre effort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Avez-vous déjà passé ces examens? Si oui, préciser l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Électrocardiogramme (ECG) nous dire la raison s.v.p. • Coronarographie • Échographie cardiaque • Tapis roulant • Stress-Écho/ Écho-dobutamine • MIBI persantin (médecine nucléaire) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà eu un pontage coronarien ou une dilatation avec ou sans installation de tuteur? Si oui, préciser l'année et l'endroit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Êtes-vous porteur d'un pacemaker? Si oui, date et lieu de la dernière vérification :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NEUROLOGIQUE				
1. Êtes-vous suivi par un neurologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Avez-vous déjà eu des problèmes d'ordre neurologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> • Sclérose en plaques • Épilepsie • Perte de conscience • Dystrophie musculaire • Convulsion • Paralyse cérébrale • Paralyse • Faiblesse d'un membre • AVC (ACV) • Perte de vision 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RÉNAL				
1. Êtes-vous suivi par un néphrologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> • Infection • Calculs (pierres) • Insuffisance rénale • Autre : 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Avez-vous des traitements d'hémodialyse? Quels jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ENDOCRINIEN				
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"/>	<input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> • Diète • Insuline • Hypoglycémiant (comprimé) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	Non	Oui	Préciser
HÉMATOLOGIQUE			
1. Êtes-vous suivi par un hématologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
4. Présentez-vous des anomalies familiales de la coagulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Von Willebrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Leiden	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
8. Avez-vous déjà fait une réaction anormale aux produits sanguins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIGESTIF			
1. Êtes-vous suivi par un gastro-entérologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
4. Êtes-vous porteur d'une cirrhose hépatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HABITUDES DE VIE			
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"/>	
3. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé? Si oui, _____ par jour. Tabagisme cessé depuis :		<input type="checkbox"/>	
PRÉVENTION DES INFECTIONS			
1. Êtes-vous porteur d'une bactérie multirésistante? (SARM, ERV, etc.)		<input type="checkbox"/>	
2. Êtes-vous porteur d'une maladie infectieuse chronique telle l'hépatite ou le VIH? Si oui, préciser :		<input type="checkbox"/>	
QUESTIONS SPÉCIFIQUES AUX FEMMES			
1. Êtes-vous ménopausée depuis plus d'un an ou avez-vous été opérée pour une hystérectomie ou ligature de trompes?		<input type="checkbox"/>	
2. Est-ce qu'il y a une possibilité que vous soyez enceinte?		<input type="checkbox"/>	

	Non	Oui	Préciser	
PSYCHOLOGIQUE				
1. Êtes-vous suivi par un psychiatre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Avez-vous des problèmes de santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Maladie bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DIVERS				
1. Souffrez-vous de problèmes auditifs? Si oui, spécifier le côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droit Gauche
2. Portez-vous des prothèses auditives? Si oui, spécifier le côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droit Gauche
3. Souffrez-vous de problèmes visuels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Verres de contact	
• Cataracte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Avez-vous des problèmes cutanés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Zona	<input type="checkbox"/>	<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 non volontaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Plus de 5 lbs (2.5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Plus de 10 lbs (5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. Avez-vous moins d'appétit depuis 3 mois (inexpliqué)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15. Avez-vous des problèmes digestifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

MÉDECIN DE FAMILLE

Nom de votre médecin de famille : _____
Clinique : _____ Téléphone : _____

PHARMACIE

Nom de la pharmacie : _____
Téléphone : _____ Fax. : _____

PERSONNES RESSOURCES QUI VOUS AIDERONT APRÈS VOTRE CHIRURGIE

Vivez-vous seul? Non Oui
Nom: _____ Lien : _____ Tél. à domicile: _____ Tél. au bureau: _____
Nom: _____ Lien: _____ Tél. à domicile: _____ Tél. au bureau: _____
Après votre chirurgie, où prévoyez-vous aller?
 Domicile Centre de convalescence: _____ famille/ami
 Autre: Préciser l'adresse si différente de votre domicile: _____

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

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

Validation de la collecte de données par l'infirmière :	Date :
Signature de l'infirmière :	Date :

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (RISQUES COVID-19)

Je _____ comprends que j'opte pour une procédure électorive qui n'est pas urgente et qui n'est pas médicalement requise.

Je comprends également que le coronavirus, COVID-19, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la Santé. Je comprends, en outre, que COVID-19 est extrêmement contagieux et on croit qu'il se propage par contact de personne à personne.

Je reconnais que le Dre _____ et tout le personnel de l'établissement ont mis en place des mesures préventives raisonnables visant à réduire la propagation du COVID-19. Cependant, étant donné la nature du virus, je comprends qu'il existe un risque inhérent d'être infecté par COVID-19 en procédant à cette chirurgie. Je reconnais et assume, par la présente, le risque d'être infecté par COVID-19 et, je donne ma permission expresse au Dre _____ et à tout le personnel de l'établissement de procéder à l'intervention chirurgicale.

Je comprends que, même si j'ai été testé pour COVID-19 et que j'ai reçu un résultat de test négatif, les tests, dans certains cas, peuvent ne pas détecter le virus. J'ai peut-être aussi contracté COVID-19 après le test.

Je comprends que l'exposition possible au COVID-19 avant/pendant/après mon traitement peut entraîner les conséquences suivantes : un diagnostic positif de COVID-19, la quarantaine prolongée/auto isolement, des tests additionnels, l'hospitalisation qui peut nécessiter un traitement médical, le traitement en soins intensifs, le besoin possible de soutien de la respiration (intubation/ventilateur), d'autres complications potentielles, et le risque de décès. En outre, après ma chirurgie, je peux avoir besoin de soins supplémentaires qui peuvent m'obliger à aller à une salle d'urgence dans un hôpital.

Je comprends que COVID-19 peut causer des risques supplémentaires, dont certains ou plusieurs ne sont pas actuellement connus à l'heure actuelle, en plus des risques décrits dans la présente, ainsi que des risques associés à la chirurgie elle-même.

*Je comprends que **je dois aviser la clinique rapidement** si je reçois un résultat positif à la covid-19 puisque le test PCR est obligatoire avant toute chirurgie sous anesthésie et que le virus demeure perceptible jusqu'à 6 mois suivant la contraction du virus. Cette mesure a pour but d'éviter un faux résultat positif la veille de la chirurgie.*

Je comprends que je ne pourrais pas être opéré moins de 6 semaines suivant un test de covid-19 positif.

JE COMPRENDS LES EXPLICATIONS, JE N'AI PLUS DE QUESTIONS ET JE CONSENS À LA PROCÉDURE.

Patient ou personne autorisée à signer pour la date/heure du patient

Témoin

Date/heure : _____