

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 Livia Montalin ?

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 Livia Montalín*

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Bronchite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Emphysème | <input type="checkbox"/> | <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 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 : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Angine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Infarctus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Arythmies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Eau sur les poumons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Souffle au cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Malformation congénitale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Maladie de valves cardiaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Autre : | <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 • Paralysie cérébrale • Paralysie • 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 : _____