

QUESTIONNAIRE D'OUVERTURE DE DOSSIER

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____

De Tél. Rés : _____

Bur : _____

Cell : _____

Courriel : _____

Assurance Maladie : _____

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

Nom de votre pharmacie : _____

Adresse de votre pharmacie : _____

De Tél pharmacie : _____

De fax pharmacie : _____

Nom et Prénom de la mère : _____

Prénom du père : _____

Nom et Prénom du conjoint : _____

Nom du médecin de famille : _____

Clinique : _____ Téléphone : _____

Nom du médecin référent : _____

Date du rendez-vous:

COMPLÉTEZ LE QUESTIONNAIRE EN ENTIER ET VEUILLEZ LE RETOURNER PAR COURRIEL AU
INFOS.INFIRMIERES@CLINIQUEGRANDEALLEE.COM OU PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418-681-2930

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du chirurgien :

Raison de la consultation : _____

Âge : _____ Sexe : F M Poids : _____ Taille : _____

Chirurgie antérieure non oui : _____

Si oui, avez-vous déjà eu une infection suite à une chirurgie non oui :

De quelle façon avez-vous entendu parler de Dre Gagnon?

Quand aimeriez-vous subir l'intervention ?

**MÉDICATION ACTUELLE : (incluant insuline, aérosol, médicaments en vente libre, etc.)
ET PRODUITS NATURELS, SUPPLÉMENTS, ETC.**

Médicaments	Posologie	Médicaments	Posologie

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

ALLERGIES / INTOLÉRANCES

RÉACTIONS

ALLERGIES / INTOLÉRANCES	RÉACTIONS

HABITUDES DE VIE

OUI

NON

PRÉCISEZ

1. Prenez-vous de l'alcool? Si oui, combien de consommation par semaine?			
2. Consommez-vous des drogues ou des narcotiques?			
3. Fumez ou vapotez-vous? Si oui, combien par jour?			

ANESTHÉSIE	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Avez-vous déjà eu une anesthésie générale?			
2. Si oui, avez-vous déjà eu des problèmes reliés avec l'anesthésie?			
3. Des membres de votre famille ont-ils présenté des réactions ou problèmes graves à l'anesthésie?			
4. Portez-vous des prothèses dentaires?			<input type="checkbox"/> Inférieure <input type="checkbox"/> Supérieure
5. Avez-vous des dents qui branlent, dents fragiles, couronnes ou implants?			
6. Avez-vous des problèmes à bouger le cou ou à ouvrir la bouche?			
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 :			
SYSTÈME DIGESTIF	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Êtes-vous suivi par un gastro-entérologue?			
2. Avez-vous des problèmes d'estomac, de foie ou d'intestin?			
3. Avez-vous déjà eu des problèmes d'ulcère ou d'hémorragie digestive?			
4. Faites-vous du reflux gastrique?			
5. Êtes-vous porteur d'une cirrhose hépatique?			
SYSTÈME RESPIRATOIRE	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Êtes-vous suivi par un pneumologue?			
2. Avez-vous déjà été investigué pour des problèmes pulmonaires?			
3. Avez-vous des problèmes respiratoires tel qu'asthme?			
4. Avez-vous des problèmes respiratoires tel que bronchite?			
5. Avez-vous des problèmes respiratoires tel qu'emphysème?			
6. Avez-vous reçu un diagnostic d'apnée du sommeil? Si oui, utilisez-vous un appareil? Lequel ?			
7. Avez-vous des symptômes tel que ronflements, fatigue au point de vous endormir durant la journée?			
8. Est-ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous arrêtiez de respirer durant votre sommeil?			
SYSTÈME CARDIAQUE	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Êtes-vous suivi par un cardiologue?			
2. Souffrez-vous d'hypertension artérielle?			
3. Avez-vous des douleurs thoraciques (poitrine) au repos ou lors d'activités physiques?			
4. Êtes-vous essoufflé de façon anormale ou au moindre effort?			

SYSTÈME CARDIAQUE	OUI	NON	PRÉCISEZ
5. Avez-vous des problèmes cardiaques tel qu'angine?			
6. Avez-vous des problèmes cardiaques tel que infarctus?			
7. Avez-vous des problèmes cardiaques tel que arythmies?			
8. Avez-vous des problèmes cardiaques tel qu'insuffisance cardiaque?			
9. Avez-vous des problèmes cardiaques tel qu'œdème sur les poumons?			
10. Avez-vous des problèmes cardiaques tel que souffle au cœur?			
11. Avez-vous des problèmes cardiaques tel que malformation congénitale?			
12. Avez-vous des problèmes cardiaques tel que maladie de valves cardiaques?			
13. Avez-vous des problèmes cardiaques autres?			
14. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel qu'électrocardiogramme (ECG)?			
15. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel que coronographie?			
16. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel qu'échographie cardiaque?			
17. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel qu'un tapis roulant?			
18. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel qu'un MIBI persantin (médecine nucléaire)			
19. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques autres?			
20. Avez-vous déjà eu un pontage coronarien ou une dilatation avec ou sans installation de tuteur?			
21. Êtes-vous porteur d'un pacemaker ou d'un défibrillateur? Si oui, précisez l'année d'installation, l'endroit et quand a-t-il été vérifié la dernière fois?			
SYSTÈME NEUROLOGIQUE	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Êtes-vous suivi par un neurologue?			
2. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel que sclérose en plaques?			
3. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel qu'épilepsie?			
4. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel que perte de conscience?			
5. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel que dystrophie musculaire?			
6. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel que convulsion?			
7. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel que paralysie cérébrale?			
8. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel que paralysie?			
9. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel que faiblesse d'un membre?			
10. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel que perte de vision?			

SYSTÈME NEUROLOGIQUE	OUI	NON	PRÉCISEZ
11. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques autres?			
12. Avez-vous déjà fait un accident vasculaire cérébral (AVC) ?			
13. Avez-vous des problèmes de concentration ou de mémoire?			
SYSTÈME RÉNAL	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Êtes-vous suivi par un néphrologue?			
2. Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins tel qu'infection urinaire?			
3. Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins tel que calculs rénaux?			
4. Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins tel qu'insuffisance rénale?			
5. Avez-vous déjà eu des traitements d'hémodialyse?			
SYSTÈME ENDOCRINIEN	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Êtes-vous suivi par un endocrinologue ou interniste?			
2. Êtes-vous diabétique? Si oui, précisez le traitement.			
<ul style="list-style-type: none"> • Diète • Insuline • Hypoglycémiant (comprimé) 			
3. Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde?			
4. Avez-vous déjà pris de la cortisone pour plus de 3 semaines dans la dernière année?			
SYSTÈME HÉMATOLOGIQUE	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Êtes-vous suivi par un hématologue?			
2. Avez-vous, ou un membre de votre famille, déjà eu des saignements anormaux lors de visite chez le dentiste, blessures mineures, opérations?			
3. Avez-vous des problèmes d'anémie ou une histoire personnelle ou familiale de thalassémie ou d'anémie falciforme?			
4. Présentez-vous des anomalies familiales de la coagulation, tel que la maladie Von Willebrand?			
5. Présentez-vous des anomalies familiales de la coagulation, tel qu'hémophilie?			
6. Présentez-vous des anomalies familiales de la coagulation, tel que Leiden?			
7. Présentez-vous une autre anomalie de la coagulation?			
8. Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire?			
9. En cas d'absolue nécessité, refuseriez-vous une transfusion sanguine?			
10. Avez-vous déjà reçu une transfusion ou d'autres produits sanguins?			
11. Avez-vous déjà fait une réaction anormale aux produits sanguins?			

PSYCHOLOGIQUE	OUI	NON	PRÉCISEZ
1. Êtes-vous suivie par un psychiatre ou psychologue?			
2. Souffrez-vous de dépression?			
3. Souffrez-vous d'anxiété?			
4. Souffrez-vous de bipolarité?			
5. Souffrez-vous de schizophrénie?			
6. Souffrez-vous de déficience intellectuelle?			
7. Souffrez-vous d'autisme?			
8. Souffrez-vous d'un autre problème psychologique?			
DIVERS	OUI	NON	PRÉCISEZ
CUTANÉ			
1. Souffrez-vous de problèmes cutanés tel que psoriasis?			
2. Souffrez-vous de problèmes cutanés tel qu'eczéma?			
3. Souffrez-vous de problèmes cutanés tel que zona?			
4. Souffrez-vous d'autres problèmes cutanés?			
INFECTIEUX			
5. Êtes-vous porteur d'une maladie infectieuse chronique telle l'hépatite ou le VIH?			
6. Êtes-vous porteur d'une bactérie multi-résistante SARM ou ERV?			
ALIMENTATION			
7. Avez-vous perdu du poids au cours des 3 derniers mois de façon non volontaire ?			
8. Avez-vous moins d'appétit depuis 3 mois?			
9. Avez-vous une diète particulière?			
10. Êtes-vous porteur d'une stomie?			
VISION ET AUDITION			
11. Avez-vous des problèmes auditifs?			<input type="checkbox"/> prothèse(s) auditive(s) <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
12. Avez-vous des problèmes visuels?			<input type="checkbox"/> Lunette <input type="checkbox"/> Verres de contact
13. Souffrez-vous de glaucome ou de cataractes?			
URINAIRE			
14. Souffrez-vous d'incontinence urinaire?			
15. Faites-vous des infections urinaires?			
16. Avez-vous présentement des brûlements ou douleur lorsque vous urinez?			

AUTRES

17. Avez-vous déjà eu un cancer?
Si oui, lequel?

18. Avez-vous déjà eu une greffe?

SI CHIRURGIE DES SEINS

1. Quelle est votre taille de bonnet actuel : _____
2. Taille du bonnet maximal, lors de grossesse ou allaitement : _____
3. Si allaitement, cessé depuis ? _____
4. Date de votre dernier accouchement : _____

Y a-t-il d'autres informations vous concernant que vous désirez nous faire part?

PERSONNES RESSOURCES EN CAS D'UGENCE

Nom : _____ Lien : _____ Tél rés : _____ Tél cell : _____

Nom : _____ Lien : _____ Tél rés : _____ Tél cell : _____

Signature du patient : _____ Date : _____

Date de réception de la collecte : _____

Signature de l'infirmière : _____