Clinique de chirurgie plastique et esthétique de la Grande Allée

QUESTIONNAIRE D'OUVERTURE DE DOSSIER

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

_____

_____

Code postal : _____

De Tél. Rés. _____

Bur. _____

Cell. _____

Courriel _____

Assurance Maladie _____

Mois d'expiration. _____ Année d'expiration. _____

Date de naissance _____

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 : _____

Nom de la clinique : _____

Nom du médecin référent : _____

Date du rendez-vous:

Clinique de chirurgie plastique et esthétique de la Grande Allée

NOM:

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 : Dre Isabelle Gagnon

Intervention souhaitée : _____

Âge : _____ **Sexe :** □ **F** □ **M** Poids : _____ Lbs **Taille :** _____pieds_____pouces

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 avoir 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

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?**	☐	☐	

ANESTHESIE	OUI	NON	PRECISEZ
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?	☐	☐	□ Inférieure □ 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	PRECISEZ
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'eau 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)? Si oui en quelle année?	☐	☐	NORMAL ☐ ANORMAL ☐
15. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel que coronographie? Si oui en quelle année?	☐	☐	NORMAL ☐ ANORMAL ☐
16. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel qu'échographie cardiaque? Si oui en quelle année?	☐	☐	NORMAL ☐ ANORMAL ☐
17. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel qu'un tapis roulant? Si oui en quelle année?	☐	☐	NORMAL ☐ ANORMAL ☐
18. Avez-vous déjà passé des examens cardiaques, tel qu'un MIBI persantin (médecine nucléaire) Si oui en quelle année?	☐	☐	NORMAL ☐ ANORMAL ☐
19.Avez-vous déjà passé des examens cardiaques autres? Si oui en quelle année?	☐	☐	NORMAL ☐ ANORMAL ☐
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?	☐	☐	

SYSTEME 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.** • 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	PRECISEZ
1. Êtes-vous suivie par un psychiatre ou psychologue?	☐	☐	
2. Avez-vous déjà eu un diagnostique de : Dépression	☐	☐	
Anxiété	☐	☐	
Bipolarité	☐	☐	
Schizophrénie	☐	☐	
Déficience intellectuelle	☐	☐	
Trouble du spectre de l'autisme	☐	☐	
3. Souffrez vous d'un autre problème psychologique?	☐	☐	

OBSTETRIQUE	OUI	NON	PRECISEZ
1.Avez-vous eu des grossesses ? Si oui, combien ? .	☐	☐	
2..... Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?	☐	☐	
3.Avez-vous déjà fait une fausse couche ou une interruption de grossesse ?	☐	☐	
4. Avez-vous eu des complications durant vos grossesses ?	☐	☐	
5. Avez-vous eu des complications à l'accouchement ?	☐	☐	

SI CHURURGIE DES SEINS	OUI	NON	PRECISEZ
1. Est-ce une chirurgie au niveau des seins ?Si oui, quelle est votre taille de bonnet ?	☐	☐	
2. Avez-vous allaité ? Si oui, cessé depuis combien de temps ?	☐	☐	

DIVERS			
CUTANE	OUI	NON	
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	OUI	NON	
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	OUI	NON	
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	OUI	NON	
11. Avez-vous des problèmes auditifs?	☐	☐	□ prothèse(s) auditive(s) □ Droite □ Gauche □
12. Avez-vous des problèmes visuels?	☐	☐	□ Lunette □ Verres de contact
13. Souffrez-vous de glaucome ou de cataractes?	☐	☐	
URINAIRE	OUI	NON	
14. Souffrez-vous d'incontinence urinaire?	☐	☐	
15. Faites-vous des infections urinaires?	☐	☐	
16. Avez-vous présentement des brûlements ou douleur lorsque vous urinez?	☐	☐	
AUTRES	OUI	NON	
17. Avez-vous déjà eu un cancer? **Si oui, lequel?**	☐	☐	
18. Avez-vous déjà eu une greffe?	☐	☐	

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 : _____