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 Livia Montalin

**Intevention 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 Montalin ?** _____

**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.**<br>• Diète ☐<br>• Insuline ☐<br>• 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)<br>□ 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 :** _____