



# QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veillez remplir de votre mieux le présent questionnaire et le remettre à l'équipe de votre chirurgien. Si vous n'êtes pas certain d'une réponse, faites un crochet dans la case «Pas sûr». Vous pouvez ajouter des détails dans la case réservée aux commentaires.

<b>Nom</b>		Maison		Cellulaire	
<b>Courriel :</b>	Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	Votre date de naissance (aaa/mm/jj)		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
<b>Taille :</b>	pieds/pouces           ou           cm	<b>Poids :</b>	lb ou           kg	Usage interne <b>IMC</b>	
<b>Médecin de famille</b>		<b>Spécialiste(s)</b>		Type	

<b>CŒUR</b>					
	Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
1. Avez-vous des problèmes cardiaques (p. ex. crise cardiaque, souffle, angine, blocage, angioplastie, tuteur intravasculaire (stent), problèmes de valve, arythmie, chirurgie, insuffisance)?				Précisez :	*
2. Faites-vous de l'hypertension ou prenez-vous des médicaments pour contrôler votre tension artérielle?					
3. Avez-vous de la douleur à la poitrine ou êtes-vous à bout de souffle lorsque vous montez un étage d'escaliers?					*
4. Avez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur implanté?					*
5. Prenez-vous de l'aspirine régulièrement?				Pourquoi?	
6. Prenez-vous des anticoagulants (p. ex. warfarine, Coumadin, Plavix, dabigatran, rivaroxaban)?					*
7. Avez-vous une valve cardiaque artificielle?					*
8. Avez-vous d'autres problèmes cardiaques?				Précisez :	
<b>POUMONS</b>					
	Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
9 a. Avez-vous déjà fumé du tabac de quelque sorte? Veuillez indiquer quel produit (e.g., cigarettes, cigars, pipes, marijuana).				nombre /jour :	
				nombre d'années :	
9 b. Avez-vous cessé de fumer?				Quand?	
10. Faites-vous de l'emphysème, une bronchite chronique, ou avez-vous une maladie pulmonaire obstructive chronique?					*
11 a. Faites-vous de l'asthme?					
11 b. Ressentez-vous le besoin de prendre vos médicaments pour soulager l'asthme plus de 2 fois par semaine ou avez-vous pris des stéroïdes oraux ces 2 derniers mois?					*
12. Utilisez-vous des inhalateurs (pompes, aérosols-doseurs)?				À quelle fréquence?	

<b>POUMONS</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pas sûr</b>	<b>Commentaires</b>	
13. Prenez-vous de l'oxygène à la maison pour vous aider à respirer?					*
14. Est-il difficile de vous allonger à plat sur le dos pendant au moins 30 minutes à cause de problèmes de respiration?					*
15. Avez-vous été hospitalisé à cause d'un essoufflement au cours des 2 derniers mois?					*
16. Avez-vous eu une pneumonie au cours des 2 derniers mois?					*
17 a. Faites-vous de l'apnée du sommeil? Utilisez-vous un appareil pour vous aider à dormir?					
17 b. Avez-vous choisi de ne pas utiliser un appareil la nuit même si on vous a conseillé de le faire?					*
18. Avez-vous d'autres problèmes respiratoires?					
<b>PROBLÈMES SANGUINS</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pas sûr</b>	<b>Commentaires</b>	
19. Avez-vous déjà fait une drépanocytose (anémie à cellules falciforme)?					*
20. Avez-vous déjà fait de l'anémie (faible concentration d'hémoglobine)?					
21. Avez-vous déjà eu une maladie ou un trouble lié au sang?				<i>Précisez :</i>	*
22. Avez-vous reçu une transfusion de sang au cours des 3 derniers mois?					
23. Refusez-vous de recevoir des produits sanguins pour des motifs personnels ou religieux?					*
<b>PROBLÈMES NEUROLOGIQUES</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pas sûr</b>	<b>Commentaires</b>	
24. Avez-vous déjà eu des problèmes importants de mémoire ou de démence?					*
25. Avez-vous déjà été très confus après une opération?					*
26. Avez-vous déjà eu une maladie qui affecte les muscles et les nerfs?					*
27. Avez-vous déjà fait un AVC, un mini AVC ou un accident ischémique transitoire					*
28. Avez-vous déjà fait un anévrisme?					
29. Avez-vous déjà fait de l'épilepsie ou des convulsions?					
Il y a plus de deux mois :					
Au cours des deux derniers mois :					*
30. Vous êtes-vous évanoui cette dernière année?					*
<b>AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pas sûr</b>	<b>Commentaires</b>	
31. Est-ce que vous ou un membre de votre famille (lié à vous par le sang) avez eu des problèmes graves autres que des nausées et vomissements après avoir reçu une anesthésie générale (p. ex. hyperthermie maligne)?				<i>Précisez :</i>	*
32. Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche ou la mâchoire, ou à bouger le cou de haut en bas?					*
33. Prenez-vous des stupéfiants (codéine, morphine, HYDRomorphONE, Percocet) pour soulager une douleur chronique?					*

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX IMPORTANTS				Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
34. Êtes-vous enceinte?								*
35. Est-il possible que vous soyez enceinte?								
36. Êtes-vous diabétique?							<input type="checkbox"/> prise d'insuline	*
							<input type="checkbox"/> médicaments contre le diabète	
							<input type="checkbox"/> contrôle de l'alimentation	
37. Êtes-vous en dialyse?								*
38. Avez-vous une maladie du rein?								*
39. Avez-vous une maladie de la glande thyroïde?							<input type="checkbox"/> mal contrôlé	*
							<input type="checkbox"/> bien contrôlé	
40. Avez-vous une infection des voies urinaires?								
41. Avez-vous déjà été mis en isolement dans un hôpital à cause d'une infection?								
42. Avez-vous présentement le rhume, une infection pulmonaire ou de la fièvre?								*
43. Avez-vous le VIH?							<input type="checkbox"/> sans traitement	*
							<input type="checkbox"/> avec traitement	
44. Avez-vous une maladie du foie?								*
45. Avez-vous déjà eu une transplantation d'organe (autre que cornée)?								*
46. Avez-vous déjà eu des ulcères d'estomac, des brûlements d'estomac ou une hernie hiatale?								
47. Souffrez-vous d'arthrite?							<input type="checkbox"/> polyarthrite rhumatoïde	*
							<input type="checkbox"/> arthrose	
48. Avez-vous une maladie auto-immune (p. ex. le lupus)?								*
49. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer?							Où?	
50. Avez-vous déjà reçu une radiothérapie?							<input type="checkbox"/> région de la tête ou du cou	*
							<input type="checkbox"/> ailleurs :	
51. <b>Homme</b> : Consommez-vous en moyenne plus de 3 boissons alcoolisées par jour, ou 21 consommations par semaine? <b>Femme</b> : Consommez-vous en moyenne plus de 2 boissons alcoolisées par jour, ou 14 consommations par semaine?							<i>Total par semaine :</i>	*
52. Prenez-vous de la drogue autre que marijuana?								*
53. Avez-vous des problèmes auditifs ou un appareil auditif?								
ALLERGIES				Oui	Non	Pas sûr	Commentaires	
54. Êtes-vous allergique au latex?								
55. Êtes-vous allergique aux œufs?								
56. Êtes-vous allergique à certains aliments?								
57. Êtes-vous allergique aux certains médicaments?							Nom?	
58. Êtes-vous allergique au métal?								
59. Avez-vous d'autres allergies?								

<b>PLANIFICATION DU CONGÉ ET MOBILITÉ</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pas sûr</b>	<b>Commentaires</b>
60. Utilisez-vous un fauteuil roulant, une marchette, une canne, un triporteur ou une autre aide pour vous déplacer?				
61. Avez-vous des problèmes d'équilibre?				
62. Avez-vous fait une chute au cours des trois derniers mois?				*
63. Est-ce qu'un adulte responsable peut vous raccompagner à la maison après votre chirurgie?				
64. Est-ce qu'une personne pourra passer la première nuit à la maison avec vous pour vous soigner?				
65. Recevez-vous actuellement des services à domicile (p. ex. d'un centre d'accès aux soins communautaires)?				
66. Habitez-vous dans une résidence pour aînés, une maison de pension, un foyer de soins de longue durée ou un établissement de ce type?				<i>Précisez :</i>
67. Habitez-vous à plus de 100 km de L'Hôpital d'Ottawa?				
68. Devez-vous <b>monter</b> et descendre des marches à la maison?				<i>Combien?</i>

**Dressez la liste des chirurgies ou interventions mineures que vous avez subies et qui ont nécessité un anesthésiant.**

Chirurgie ou intervention	Année	Chirurgie ou intervention	Année
1.		9.	
2.		10.	
3.		11.	
4.		12.	
5.		13.	
6.		14.	
7.		15.	
8.		16.	

**Dressez la liste de toutes les chirurgies ou interventions que vous allez devoir subir (autre que la présente) et indiquez la date à laquelle elle aura lieu.**

Chirurgie ou intervention	Mois/Année	Chirurgie ou intervention	Mois/Année
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

**Indiquez le nom et le numéro de téléphone de votre pharmacie.**

Nom de la pharmacie :

Numéro de téléphone (ou ville) :

(      )

**Dressez la liste de tous les médicaments que vous prenez (y compris ceux à base d'herbes médicinales, ceux en vente libre et les vitamines). Ajoutez une feuille au besoin.**

1.	13.
2.	14.
3.	15.
4.	16.
5.	17.
6.	18.
7.	19.
8.	20.
9.	21.
10.	22.
11.	23.
12.	24.

**Avez-vous d'autres maladies, limitations ou préoccupations que nous devrions connaître?**  Yes  Non  
Précisez :

**Qui a rempli le questionnaire?**

Patient  Membre de la famille  Professionne de la santé  Autre (précisez) :

Nom(s) en lettres moulées

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Heure

**IMPORTANT:** N'oubliez pas d'aviser votre chirurgien si vous pensez que vous commencez à avoir le rhume, la grippe ou une maladie ou si vous commencez à prendre un nouveau médicament.

**Merci!**

**USAGE INTERNE SEULEMENT**

Remarques :

Nom en lettres moulées

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Heure

**Usage administratif SEULEMENT - Bureau du chirurgien.**

Nom de l'intervention prévue : \_\_\_\_\_

Date: aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Campus:  Civic  Général  Riverside

Chirurgien : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Commentaires :

**Usage administratif SEULEMENT - Unité de préadmission**

Type d'évaluation de préadmission :

 Sur place (IA)  Au téléphone (IA)  Télémedecine (IA seulement)  Examen du dossier Sur place (Anesthésie/IA)  Télémedecine (Anesthésie/IA)  Télémedecine (Anesthésie seulement) Autre (précisez) :Questionnaire révisé par :  IA de l'Unité de préadmission  Autre

Remarques :

Nom(s) en lettres moulées

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Heure