

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE  
0-18 ANS**

À compléter par l'usager âgé de 14 ans et plus ou par le parent si moins de 14 ans

**VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS AFIN D'ÉVITER DE RETARDER LA CHIRURGIE**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>CHUL</b><br>Clinique préopératoire, G-1238<br>Téléc. : 418 654-2115    | <input type="checkbox"/> <b>Hôpital Saint-François d'Assise</b><br>Unité d'accueil C3-620<br>Téléc. : 418-525-4313   | <input type="checkbox"/> <b>Hôpital du Saint-Sacrement</b><br>Clinique préopératoire, K-304<br>Téléc. : 418 682-7732 |
| <input type="checkbox"/> <b>L'Hôtel-Dieu de Québec</b><br>Bloc opératoire<br>Téléc. : 418 691-5437 | <input type="checkbox"/> <b>Hôpital de l'Enfant-Jésus</b><br>Clinique préopératoire, J-2000<br>Téléc. : 418 649-5675 | Clinique préopératoire du centre<br>universitaire d'ophtalmologie (CUO)<br>Téléc. : 418 682-7578                     |

Nom du chirurgien : \_\_\_\_\_ Chirurgie proposée : \_\_\_\_\_

Si votre enfant a moins de 5 ans : Est-il prématuré?  Non  Oui, spécifier le nombre de semaines \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Poids : \_\_\_\_\_ kg ou \_\_\_\_\_ livres Taille : \_\_\_\_\_ m

Selon l'infirmière : IMC : \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> TA : \_\_\_\_\_ mmHg Pouls : \_\_\_\_\_ /min FR : \_\_\_\_\_ /min Saturation : \_\_\_\_\_ %

**Allergie(s) :**  Non  Oui : \_\_\_\_\_ Réaction : \_\_\_\_\_

**Intolérance(s) :**  Non  Oui : \_\_\_\_\_ Réaction : \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux** (Problèmes de santé): \_\_\_\_\_

Énumérer les médicaments prescrits ou non incluant insuline, aérosol, supplément nutritif, acide acétylsalicylique (Aspirine)... :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Afin d'alléger le texte, les questions sont adressées aux parents plutôt qu'à l'usager.

Anesthésie	Non	Oui	Préciser
1. Votre enfant a-t-il déjà eu une anesthésie générale (endormi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Examen
2. A-t-il déjà eu des problèmes avec l'anesthésie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Y a-t-il un membre de la famille qui a eu un problème lors d'une anesthésie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. A-t-il des dents qui branlent, dents fragiles, couronnes ou implants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. A-t-il des problèmes à bouger le cou, à ouvrir la bouche, de colonne vertébrale, d'arthrose, d'arthrite ou de spondylite ankylosante? Si oui, préciser l'endroit et les limitations. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratoire	Non	Oui	Préciser
1. Est-il suivi par un pneumologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____
2. A-t-il des problèmes respiratoires? <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Infection des poumons récente <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil diagnostiquée par un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Est-ce qu'il ronfle assez fort pour être entendu d'une autre pièce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Est-ce qu'une personne a déjà observé qu'il arrêterait de respirer dans son sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom :

Prénom :

# Dossier :

CARDIAQUE	Non	Oui	Préciser :	
1. Est-il suivi par un cardiologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____	
2. A-t-il des problèmes cardiaques ? <input type="checkbox"/> Souffle au cœur <input type="checkbox"/> Maladies de valves cardiaques <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Malformation congénitale : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. A-t-il un pacemaker? <b>Si oui date et lieu de la dernière vérification :</b> Date : _____ Lieu : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NEUROLOGIQUE ET MUSCULAIRE	Non	Oui	Préciser :	
1. Est-il suivi par un neurologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____	
2. A-t-il des problèmes neurologiques ou musculaires? <input type="checkbox"/> Spina bifida <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsion <input type="checkbox"/> Paralyse <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Retard de développement _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RÉNAL	Non	Oui	Préciser :	
1. Est-il suivi par un néphrologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____	
2. A-t-il déjà eu des problèmes avec ses reins? <input type="checkbox"/> Infections <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ENDOCRINIEN	Non	Oui	Préciser :	
1. Est-il suivi par un endocrinologue ou un interniste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____	
2. Est-ce qu'il est diabétique? <input type="checkbox"/> Insuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. A-t-il des problèmes avec sa glande thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. A-t-il dans les 6 derniers mois pris des corticostéroïdes en comprimé (ex. : prednisone-cortisone) pendant plus de 3 semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HÉMATOLOGIQUE	Non	Oui	Préciser :	
1. Est-il suivi par un hématologue (spécialiste du sang)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____	
2. A-t-il déjà eu des saignements anormaux lors de visite chez le dentiste, blessures mineures, opérations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. A-t-il des problèmes d'anémie, une histoire personnelle ou familiale de thalassémie ou d'anémie falciforme? Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. A-t-il des anomalies familiales de la coagulation? <input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Hémophilie <input type="checkbox"/> Leiden <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. En cas d'absolue nécessité, refuseriez-vous une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si oui, préciser :
6. A-t-il déjà reçu une transfusion de sang ou d'autres produits sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si oui, préciser :
7. A-t-il déjà fait une réaction anormale aux produits sanguins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si oui, préciser :
DIGESTIF	Non	Oui	Préciser :	
1. Est-il suivi par un gastro-entérologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____	
2. Fait-il du reflux gastrique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DIVERS	Non	Oui	Préciser :	
1. Consomme-t-il? <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogue <input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. (Fille seulement) A-t-elle débuté ses menstruations? Si oui, à quel âge? _____ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. (Fille seulement) Serait-ce possible qu'elle soit enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. A-t-il été en contact avec une maladie contagieuse? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Est-il porteur d'une infection multirésistante ou infectieuse chronique (SARM, ERV, hépatite, VIH...)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Est-ce qu'il a un handicap physique? <input type="checkbox"/> Difficulté de locomotion <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Absence ou diminution importante de la vue <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Signature de l'utilisateur ou du répondant : _____		Date : (aaaa/mm/jj) _____/_____/_____		
Nom du répondant : _____ Lien : _____		Tél : _____		
Validation de la collecte par l'infirmière : _____		Date : (aaaa/mm/jj) _____/_____/_____		