



COLLECTE DE DONNÉES
PRÉOPÉRATOIRE

Âge : ____ ans Taille : ____ m ____ cm Poids : ____ kg ou ____ livres Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Par infirmière : IMC : ____ kg/m ² TA : ____ mmHg FC : ____ /min FR : ____ /min Saturation : ____ %						
Allergie(s) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____ Réaction : _____	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des corticostéroïdes en comprimé pendant plus de 20 jours ? (ex. : prednisone-cortisone) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Prenez-vous des médicaments pour éclaircir le sang? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui En cas de besoin, accepteriez-vous une transfusion sanguine? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Chirurgie(s) antérieure(s) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____ _____ _____				
			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">Non</th> <th style="width:15%;">Oui</th> <th style="width:70%;">Évaluation clinique inf.</th> </tr> </table>	Non	Oui	Évaluation clinique inf.
Non	Oui	Évaluation clinique inf.				
ANESTHÉSIE						
1. Avez-vous déjà eu une anesthésie générale?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Avez-vous déjà eu des problèmes avec l'anesthésie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Un membre de votre famille a-t-il déjà eu un problème grave lors d'une anesthésie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
RESPIRATOIRE						
1. Avez-vous des problèmes respiratoires? <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Emphysème <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faisiez de l'apnée du sommeil? Si oui, utilisez-vous un appareil la nuit? Type d'appareil : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Ronflez-vous de façon assez forte pour que l'on vous entende dans une autre pièce?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Vous sentez-vous constamment fatigué(e) ou vous arrive-t-il de vous endormir partout durant la journée?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Est-ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous arrêtiez de respirer durant votre sommeil?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CARDIAQUE						
1. Avez-vous déjà eu des problèmes cardio-vasculaires? <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Souffle au cœur <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Eau sur les poumons <input type="checkbox"/> Valve <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Pontage <input type="checkbox"/> Tuteur (Stent) <input type="checkbox"/> Autre : _____ Si oui, date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Lieu : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Avez-vous un stimulateur cardiaque (Pace maker) : Date de la dernière vérification (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ lieu : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Avez-vous des difficultés à monter sans effort 10 à 12 marches? (par ex. essoufflement)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Avez-vous déjà passé un examen pour le cœur? Si oui, préciser : Année : _____ Examen : _____ Endroit : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nom :

Prénom :

Dossier :

	Non	Oui	Évaluation clinique inf.
NEUROLOGIE			
1. Avez-vous déjà eu des problèmes d'ordre neurologique? <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Perte de conscience <input type="checkbox"/> Spina bifida <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale <input type="checkbox"/> Paralyse <input type="checkbox"/> Faiblesse d'un membre <input type="checkbox"/> AVC (ACV) <input type="checkbox"/> Perte de vision <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RÉNAL			
1. Êtes-vous connu pour de l'insuffisance rénale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous des traitements d'hémodialyse? Quels jours? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENDOCRINIEN			
1. Êtes-vous diabétique ? Si oui, préciser le traitement. <input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémiant (pilule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HÉMATOLOGIQUE			
1. Avez-vous déjà eu des saignements anormaux? Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Est-ce que vous ou un membre de votre famille est porteur ou atteint : <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Thalassémie <input type="checkbox"/> Drépanocytose (Anémie falciforme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Présentez-vous des anomalies familiales de la coagulation? <input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Hémophilie <input type="checkbox"/> Facteur-5-Leiden <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Avez-vous déjà fait une réaction anormale aux produits sanguins? Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIGESTIF/INFECTIOLOGIE			
1. Avez-vous déjà eu des problèmes : <input type="checkbox"/> Ulcère <input type="checkbox"/> Reflux gastrique <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Saignement à l'estomac ou à l'intestin <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Bactéries multi résistantes (SARM, ERV, BGNMR, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HABITUDES DE VIE			
1. Prenez-vous de l'alcool? Si oui, _____ par jour _____ par semaine Si ancienne dépendance, cessée depuis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé? Si oui, _____ par jour Tabagisme cessé depuis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Consommez-vous des drogues ou des narcotiques? Si ancienne dépendance, cessée depuis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GYNÉCOLOGIE			
1. Êtes-vous ménopausée depuis plus d'un an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous encore votre utérus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PSYCHOLOGIQUE			
Avez-vous des problèmes de santé mentale? <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Maladie bipolaire <input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AUTRES			
Êtes-vous porteur d'une maladie chronique? <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> Spondylite ankylosante <input type="checkbox"/> Sclérodermie <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**COLLECTE DE DONNÉES
PRÉOPÉRATOIRE**

	Non	Oui	Évaluation clinique inf.
DIVERS			
1. Souffrez-vous de problèmes auditifs? Préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Souffrez-vous de problèmes visuels? Préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Serez-vous seul à la maison à la suite de votre chirurgie? Préciser le moment que vous serez seul : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Recevez-vous des services du CLSC? Lesquels : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Utilisez-vous régulièrement un accessoire de marche? <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Avez-vous besoin d'aide pour réaliser vos activités de la vie de tous les jours? Si oui, recevez-vous de l'aide : <input type="checkbox"/> D'une personne de votre entourage <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Êtes-vous tombé(e) lors des 12 derniers mois? Si oui, Nombre de chutes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Pour uriner, utilisez-vous une sonde, un sac ou un cathéter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins qu'à l'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Êtes-vous inquiet pour votre retour à domicile après votre chirurgie? Si oui, pourquoi : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Avez-vous reçu un diagnostic de COVID-19 ? Si oui, quel moment : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERSONNES RESSOURCES QUI VOUS AIDERONT APRÈS VOTRE CHIRURGIE			
Vivez-vous seul? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Nom : _____ Lien : _____ Tél. à domicile : _____ Tél. au bureau : _____			
Nom : _____ Lien : _____ Tél. à domicile : _____ Tél. au bureau : _____			
Après votre chirurgie, à votre sortie de l'hôpital, où prévoyez-vous aller?			
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Centre de convalescence : _____			
<input type="checkbox"/> Autre : Préciser l'adresse si différente de votre domicile : _____			
Avez-vous d'autres informations concernant votre santé dont vous aimeriez nous faire part ?			

Nom de votre pharmacie : _____ Tél. : _____ <input type="checkbox"/> Profil pharmaceutique joint			
J'autorise ma pharmacie à télécopier mon profil pharmaceutique (liste de médicaments) à la clinique d'investigation préopératoire du CHU de Québec-Université Laval.			
Nom : _____ Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____/_____/_____			
aaaa mm jj			

Nom :

Prénom :

Dossier :

Nom de votre médecin de famille : _____

Clinique : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
aaaa mm jj

Adresse électronique : _____

Signature de l'usager ou de son répondant : _____ Date : ____/____/____
aaaa mm jj

Nom du répondant : _____ Lien : _____

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

<input type="checkbox"/> CHUL Clinique préopératoire, G-1238 Télé. : 418 654-2115	<input type="checkbox"/> L'Hôtel-Dieu de Québec <input type="checkbox"/> Clinique préopératoire Télé. : 418 691-5437 <input type="checkbox"/> CRCEO Dermato-Oncologie Fax : 418 691-2975	<input type="checkbox"/> Hôpital du Saint-Sacrement <input type="checkbox"/> Clinique préopératoire K-304 Télé. : 418 682-7732 <input type="checkbox"/> Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) Télé. : 418 682-7578	<input type="checkbox"/> Hôpital de l'Enfant-Jésus Clinique préopératoire J-2000 Télé. : 418 649-5675 <input type="checkbox"/> Hôpital Saint-François d'Assise Unité d'accueil, C3-620 Télé. : 418 525-4313
---	---	--	---

SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL INFIRMIER

Vulnérabilité détectée : Non Oui, préciser : _____

Interventions : Référé au professionnel du CHU de Québec-UL Nom de l'intervenant contacté : _____

Référé au CIUSSS/CISSS Nom de l'intervenant contacté : _____

Suivi pour la planification de départ Aucun Plan thérapeutique infirmier

Interventions en postopératoire: _____

MISE À JOUR DU QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE	NON	OUI	PRÉCISER
1. Avez-vous eu un changement dans votre état de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous consulté un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Votre médication a-t-elle été modifiée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous développé de nouvelles allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Les personnes ressources identifiées sont-elles les mêmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous d'autres informations concernant votre santé dont vous aimeriez nous faire part?			

Validation complète Date : ____/____/____ Signature de l'infirmière : _____
aaaa / mm / jj Signature électronique

Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales