

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE 0 -18 ANS (ENFANT HOSPITALISÉ)

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

☐ **CHUL**

Clinique préopératoire, G-1238

Télec. : 418 654-2115

Nom du chirurgien : _____ Chirurgie proposée : _____

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

Âge (ans) : _____ Sexe : ☐ M ☐ F Poids : _____ kg ou _____ livres Taille : _____ cm

Selon l'infirmière : IMC : _____ kg/m² 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 en vente libre pris par votre enfant

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

ANESTHÉSIE	Non	Oui	Évaluation clinique inf.
1. Votre enfant a-t-il déjà eu une anesthésie générale (endormi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser l'endroit et les limitations : _____			
RÉNAL			
1. Est-il suivi par un néphrologue? Si oui, nom médecin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	

Nom : Prénom : # Dossier :

RESPIRATOIRE	Non	Oui	Évaluation clinique inf.
1. Est-il suivi par un pneumologue? Si oui, nom médecin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
CARDIAQUE			
1. Est-il suivi par un cardiologue? Si oui, nom médecin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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? Si oui date et lieu de la dernière vérification : Date (estimée) : _____ Lieu : _____ aaaa/mm/jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROLOGIQUE ET MUSCULAIRE			
1. Est-il suivi par un neurologue? Si oui, nom médecin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
ENDOCRINIEN			
1. Est-il suivi par un endocrinologue ou un interniste? Si oui, nom médecin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Est-ce qu'il est diabétique? <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémiant oraux	<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			
1. Est-il suivi par un hématologue (spécialiste du sang)? Si oui, nom médecin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
6. A-t-il déjà reçu une transfusion de sang ou d'autres produits sanguins ? Si oui, précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. A-t-il déjà fait une réaction anormale aux produits sanguins? Si oui, précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE 0 -18 ANS (ENFANT HOSPITALISÉ)

DIGESTIF	Non	Oui	Évaluation clinique inf.
1. Est-il suivi par un gastro-entérologue? Si oui, nom médecin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Fait-il du reflux gastrique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIVERS			
1. Consomme-t-il? <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogue <input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. (Si fille) A-t-elle débuté ses menstruations? Si oui, à quel âge? _____ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. (Si fille) 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'usager ou du répondant : _____ Date : (aaaa/mm/jj) ____/____/____			
Nom du répondant: _____ Lien : _____ Tél : _____			
Validation de la collecte par l'infirmière : _____ Date : (aaaa/mm/jj) ____/____/____			
INFORMATION POUR L'HOSPITALISTION			
ALIMENTATION	évaluation clinique inf.		
1. Est-ce que votre enfant mange : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide			
2. Quel est la texture de sa nourriture présentement : <input type="checkbox"/> Purée <input type="checkbox"/> Hach��e <input type="checkbox"/> Morceaux			
3. Quel tyde de boire présentement : <input type="checkbox"/> Allaitement maternel <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> Biberon particulier : _____ <input type="checkbox"/> Gobelet <input type="checkbox"/> Verre Gavage : <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pompe <input type="checkbox"/> Dispositif d'administration : _____ Quantité : <input type="checkbox"/> Débit <input type="checkbox"/> Durée Horaire : _____			
4. Particularités alimentaires : _____			
LOCOMOTION ET MOTRICITÉ			
<input type="checkbox"/> Se tourne <input type="checkbox"/> S'assoit seul <input type="checkbox"/> Rampe <input type="checkbox"/> Apprentissage marche <input type="checkbox"/> Marche avec aide			
<input type="checkbox"/> Marche seul <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Chaise roulante <input type="checkbox"/> Siège positionnement			
<input type="checkbox"/> Prothèse/orthèse : _____ <input type="checkbox"/> Paralysie (région affectée) : _____			
<input type="checkbox"/> Dispositif personnel : _____			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			

Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

[illegible]