

## 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

Téléc. : 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/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 en vente libre pris par votre enfant

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

<b>ANESTHÉSIE</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Évaluation clinique inf.</b>
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"/>	<input type="checkbox"/>		
<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				
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 arrêtait 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"/>	<input type="checkbox"/>		
<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 : _____				
3. A-t-il un pacemaker? Si oui date et lieu de la dernière vérification :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Date (estimée) : _____ Lieu : _____ aaaa/mm/jj				
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"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Spina bifida <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsion <input type="checkbox"/> Paralysie <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale				
<input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire				
<input type="checkbox"/> Retard de développement _____				
ENDOCRINIEN				
1. Est-il suivi par un endocrinologue ou un interniste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, nom médecin: _____				
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, nom médecin: _____				
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, préciser : _____				
4. A-t-il des anomalies familiales de la coagulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Hémophilie <input type="checkbox"/> Leiden <input type="checkbox"/> Autre				
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, précisez: _____				
7. A-t-il déjà fait une réaction anormale aux produits sanguins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, précisez: _____				

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

<b>DIGESTIF</b>		<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Évaluation clinique inf.</b>
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"/>	
<b>DIVERS</b>				
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) _____ / _____ / _____		
<b>INFORMATION POUR L'HOSPITALISTION</b>				
<b>ALIMENTATION</b>		<b>Évaluation clinique inf.</b>		
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"/> Hachée <input type="checkbox"/> Morceaux				
3. Quel type 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 : _____				
<b>LOCOMOTION ET MOTRICITÉ</b>				
<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 :

VISION				Évaluation clinique inf.
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Port de lunettes	<input type="checkbox"/> Port de lentilles cornéennes	<input type="checkbox"/> Photosensibilité	
<input type="checkbox"/> Autre : _____				
AUDITION				
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Diminuée : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche			
<input type="checkbox"/> Tube transtympanique : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche				
<input type="checkbox"/> Prothèse auditive : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche				
<input type="checkbox"/> Autre : _____				
LANGAGE				
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Difficulté : _____			
<input type="checkbox"/> Autre : _____				
DENTITION				
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Appareil d'orthodontie : _____			
<input type="checkbox"/> Autre : _____				
ÉLIMINATION VÉSICALE ET INTESTINALE				
<input type="checkbox"/> Propre	<input type="checkbox"/> Grandeur couche _____	<input type="checkbox"/> Stomie	Type : _____	
<input type="checkbox"/> Cathétérisme : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____				
SOMMEIL				
<input type="checkbox"/> Calme	<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Cauchemar	<input type="checkbox"/> Somnambule	
<input type="checkbox"/> Sieste	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM		
<input type="checkbox"/> Coucher : heure moyenne (hh:mm) : ___ : ___				
<input type="checkbox"/> Lever : heure moyenne (hh:mm) : ___ : ___				
FONCTIONS COGNITIVES				
Capacité de compréhension : <input type="checkbox"/> Adéquate <input type="checkbox"/> Perturbée : _____				
Comportement à domicile : _____				
<input type="checkbox"/> Plan d'intervention : _____				
CONTEXTE SOCIAL				
L'enfant va-t-il en garderie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
L'enfant va-t-il à l'école? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
<input type="checkbox"/> École spécialisée : _____				
L'enfant vit-il avec ses deux parents? <input type="checkbox"/> Oui				
<input type="checkbox"/> Non : Type de garde : <input type="checkbox"/> Mère : _____				
<input type="checkbox"/> Père : _____				
<input type="checkbox"/> Autre : _____				
Particularité : _____				
L'enfant a-t-il des frères et sœurs? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____				
Utilisez-vous les services de votre CLSC? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, raison : _____				
Nom du CLSC : _____				
Personne-ressource : _____				
L'enfant est-il suivi par des professionnelles de la santé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Travailleur social				
<input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Pédopsychiatre <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation : _____				