



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