

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ANESTHÉSIE

Patient/Patiente

Nom :

Date de naissance :

IMPORTANT

Remplissez ce formulaire avant votre consultation préopératoire.
Si vous n'avez pas de consultation préopératoire, apportez-le le jour de l'opération.

| Antécédents anesthésiques | Oui | Non | Explain |
|---|-----|-----|---------|
| 1. Avez-vous déjà eu un problème lié à l'anesthésie? | | | |
| 2. Est-ce qu'un membre de votre parenté a déjà eu un problème? | | | |
| 3. Est-ce que vous ou un membre de votre parenté souffrez d'hyperthermie maligne? | | | |
| 4. Avez-vous déjà été confus(e) pendant une hospitalisation? | | | |
| 5. Vous a-t-on déjà dit qu'il est difficile de vous intuber? | | | |
| Antécédents sociaux | Oui | Non | Explain |
| 6. Fumez-vous la cigarette ou avez-vous déjà fumé? | | | |
| Pendant combien d'années avez-vous fumé? | | | |
| Si vous fumiez, quand avez-vous arrêté? | | | |
| 7. Fumez-vous de la marijuana? À quelle fréquence? | | | |
| 8. Consommez-vous de l'alcool? Combien de verres par semaine? | | | |
| 9. Consommez-vous des drogues à des fins récréatives? | | | |
| Tête et cou | Oui | Non | Explain |
| 10. Avez-vous des dentiers, des couronnes, des implants ou des dents qui branlent? | | | |
| 11. Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche bien grande? | | | |
| 12. Avez-vous des problèmes liés au cou (arthrite, opération, etc.)? | | | |
| Système cardiovasculaire | Oui | Non | Explain |
| 13. Pouvez-vous parcourir à pied deux pâtés de maisons ou monter deux volées d'escaliers sans vous arrêter? | | | |
| 14. Prenez-vous des médicaments pour « éclaircir » le sang (y compris de l'aspirine pour bébé)? | | | |



QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ANESTHÉSIE

Patient/Patiente

Nom :

Date de naissance :

| Système cardiovasculaire | Oui | Non | Explain |
|--|-----|-----|---------|
| 15. Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine? | | | |
| 16. Vous a-t-on dit de prendre des antibiotiques avant de recevoir des soins dentaires ou de vous faire opérer? | | | |
| 17. Est-ce que vous ou un membre de votre parenté êtes atteint (e) d'anémie falciforme ou présentez des caractéristiques de cette maladie? | | | |
| 18. Souffrez-vous d'hypertension? | | | |
| 19. Avez-vous déjà eu une crise cardiaque ou une angine de poitrine? | | | |
| 20. Avez-vous déjà subi l'implantation d'une endoprothèse, un pontage cardiaque ou une ablation? | | | |
| 21. Avez-vous une insuffisance cardiaque ou des anomalies du rythme cardiaque? | | | |
| 22. Avez-vous un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur implantable? Date de la dernière vérification du stimulateur ou défibrillateur : _____ | | | |
| 23. Avez-vous des problèmes liés aux valvules cardiaques ou un souffle cardiaque, ou avez-vous subi un remplacement valvulaire? | | | |
| 24. Avez-vous déjà eu un AVC ou un mini-AVC (AIT)? | | | |
| 25. Avez-vous une maladie vasculaire périphérique ou des problèmes de circulation? | | | |
| 26. Avez-vous déjà eu des caillots de sang (phlébites), une embolie pulmonaire ou une thrombose veineuse profonde? | | | |

| Système respiratoire | Oui | Non | Explain |
|---|-----|-----|---------|
| 27. Avez-vous parfois de la difficulté à respirer, même au repos ou en position assise? | | | |
| 28. Est-ce que l'essoufflement vous réveille parfois la nuit? | | | |
| 29. Avez-vous déjà utilisé des pompes ou de l'oxygénothérapie à la maison pour vous aider à respirer? | | | |
| 30. Avez-vous de l'asthme, une bronchite chronique ou de l'emphysème? | | | |

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ANESTHÉSIE

Patient/Patiente

Nom :

Date de naissance :

| Système respiratoire | Oui | Non | Explain |
|--|-----|-----|---------|
| 31. Avez-vous parfois une respiration sifflante ou une toux chronique? | | | |
| 32. Avez-vous eu une infection respiratoire, une toux ou un rhume récemment? | | | |
| 33. Souffrez-vous de l'apnée du sommeil ou utilisez-vous un appareil CPAP la nuit? | | | |
| 34. Vous a-t-on déjà dit que vous ronflez fort ou que vous cessez de respirer pendant que vous dormez? | | | |

| Autres systèmes (Cochez les situations présentes ou passées qui s'appliquent à vous) | Oui | Non | Explain |
|---|-----|-----|---------|
| 35. Diabète de type 1 ou de type 2 | | | |
| 36. Problèmes thyroïdiens | | | |
| 37. Hernie hiatale/reflux ou indigestion acide fréquente | | | |
| 38. Hépatite, VIH ou tuberculose | | | |
| 39. Cirrhose ou jaunisse | | | |
| 40. Problèmes rénaux, hémodialyse ou dialyse péritonéale | | | |
| 41. Épilepsie ou crises épileptiques | | | |
| 42. Arthrite, troubles neurologiques ou musculaires | | | |
| 43. Santé mentale ou traumatisme antérieur | | | |
| 44. Glaucome ou problèmes oculaires | | | |
| 45. Douleur chronique ou fibromyalgie | | | |
| 46. Injections de cortisone ou prise de prednisone | | | |
| 47. Anémie ou numération globulaire faible | | | |
| 48. SARM, ERV ou BLSE | | | |
| 49. Admission à l'hôpital pour toute raison au cours des 12 derniers mois | | | |
| 50. Date de la dernière menstruation : _____ | | | |

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ANESTHÉSIE

Patient/Patiente

Nom :

Date de naissance :

Veillez énumérer tout autre antécédent médical personnel ou autre renseignement susceptible d'affecter vos soins et dont l'équipe chirurgicale devrait être au courant :

Indiquez les opérations que vous avez déjà subies.

| Année | Opération | Année | Opération |
|-------|-----------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Examen des médicaments avant l'opération

| Allergies | Réaction |
|---|--|
| Agents (p. ex. médicaments ou aliments) | (p. ex. urticaire, éruption cutanée, enflure ou difficulté à respirer) |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Pharmacie communautaire

Nom :

N° de tél. :

Médicaments pris par le patient/la patiente

Un membre du personnel de soins opératoires remplira les sections ombragées lors de la consultation pré-opératoire.

| Nom du médicament | Dose | Fréquence/instructions | Apporter son propre médicament | Interrompre la prise du médicament |
|-------------------|------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ANESTHÉSIE

Patient/Patiente

Nom :

Date de naissance :

Médicaments pris par le patient/la patiente

Un membre du personnel de soins opératoires remplira les sections ombragées lors de la consultation pré-opératoire.

| Nom du médicament | Dose | Fréquence/instructions | Apporter son propre médicament | Interrompre la prise du médicament |
|-------------------|------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Médicaments sans ordonnance pris par le patient/la patiente

(produits à base d'herbes médicinales, médicaments en vente libre, vitamines, minéraux et drogues à usage récréatif)

Un membre du personnel de soins opératoires remplira les sections ombragées lors de la consultation pré-opératoire.

| Nom du médicament | Dose | Fréquence/instructions | Interrompre la prise du médicament |
|-------------------|------|------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ANESTHÉSIE

Patient/Patiente
Nom :
Date de naissance :

Notes du personnel infirmier

| | | |
|---|---------------------------------|--------|
| Taille : cm | Poids : kg | IMC : |
| Tension artérielle : | Pouls : | SpO2 : |
| Spirométrie incitative administrée : Oui / Non | | |
| Passé en revue les instructions préopératoires et postopératoires : Oui / Non | | |
| Césarienne : Poids avant la grossesse : kg | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Passé en revue par une/un IA – signature : | | |
| Date: | | |