

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			
43. Maladie neurologique ou musculaire			
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 :

Ajoutez tout problème médical qui ne figure pas à la liste ci-dessus :

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:				