



**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)**

*Pour inscription externe  
de l'usager seulement*

*Apposer ici l'étiquette qui  
contient 2 codes à barres  
pour la numérisation  
aux Archives*

No dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  M  F

N.A.M. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_

Veuillez retourner ce formulaire rempli dans les plus brefs délais afin d'éviter de retarder votre chirurgie

**SECTION 1 – À COMPLÉTER SEULEMENT SI DOSSIER NON IDENTIFIÉ**

Nom : \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe:  M  F  
Adresse : \_\_\_\_\_ RAMQ : \_\_\_\_\_  
Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro carte hôpital Chicoutimi : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_

**SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Tél urgence : \_\_\_\_\_ Médecin famille : \_\_\_\_\_  
Lien avec vous : \_\_\_\_\_  
Principal hôpital fréquenté : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
Nom pharmacie : \_\_\_\_\_  
# téléphone : \_\_\_\_\_

**SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS POUR VOTRE CHIRURGIE**

Nom intervention : \_\_\_\_\_ Poids récent : \_\_\_\_\_ lbs ou kg \_\_\_\_\_  
Nom chirurgien : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_  
Qui a complété le formulaire :  Patient  Autre  
Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

**SECTION 4 – AUTORISATION**

J'autorise ma pharmacie à télécopier mon profil pharmaceutique (liste de médicaments) à la clinique d'évaluation préopératoire du CIUSSS de Chicoutimi.

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)**



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>MÉDICATION</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prenez-vous sur une base régulière des médicaments non prescrits ou en vente libre ou encore des produits naturels ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels : _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Éprouvez-vous de la difficulté à tolérer les anti-inflammatoires type : Advil, Naprosyn, Orudis, Célébrex, etc</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quelle(s) réaction(s) éprouvez-vous? _____ _____
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>HABITUDES DE VIE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien de cigarettes par jour ? _____  Depuis combien d'années fumez-vous? _____ ou Depuis combien d'années avez-vous cessé, si tel est le cas? _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Faites-vous usage de la cigarette électronique ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prenez-vous de l'alcool ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien par jour? _____ ou Combien par semaine? _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consommez-vous des drogues ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ou lesquelles ? <input type="checkbox"/> Marijuana (et des dérivés) <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Kétamine <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Amphétamines <input type="checkbox"/> Autres À quelle fréquence : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous déjà eu des problèmes de dépendances à des médicaments ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle(s) substance(s) : _____

## COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

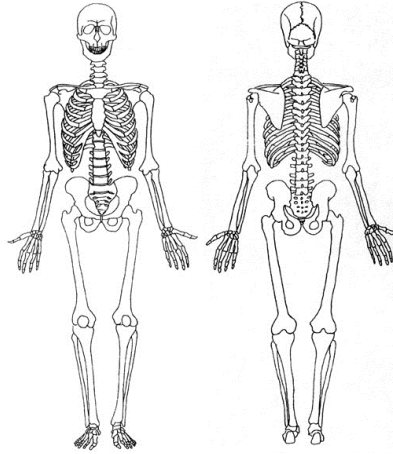
	NON	OUI	PRÉCISER									
<b>ALLERGIES</b>												
<p><i>Pour les questions 1, 2, 3, veuillez encercler le ou les numéros qui représentent le mieux votre réaction allergique. Voir les choix dans l'encadré.</i></p>												
1. Êtes-vous allergique au latex (ballons, préservatifs, gants de ménage, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choix réponse : <u>1-2-3-4-5-6-7-8</u>									
2. Êtes-vous allergique à un produit de contraste en radiologie (iode) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choix réponse : <u>1-2-3-4-5-6-7-8</u>									
3. Êtes-vous allergique à un médicament et / ou un antibiotique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, le(s)quel(s) : <u>Choix réponse</u> <u>1-2-3-4-5-6-7-8</u> <u>1-2-3-4-5-6-7-8</u>									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1) Rhinite</td> <td style="width: 33%;">2) Eczéma</td> <td style="width: 33%;">3) Urticaire</td> </tr> <tr> <td>4) Rougeur locale</td> <td>5) Rougeur généralisée</td> <td>6) Difficulté respiratoire</td> </tr> <tr> <td>7) Chute de la tension artérielle (choc)</td> <td>8) Œdème (enflure)</td> <td></td> </tr> </table>				1) Rhinite	2) Eczéma	3) Urticaire	4) Rougeur locale	5) Rougeur généralisée	6) Difficulté respiratoire	7) Chute de la tension artérielle (choc)	8) Œdème (enflure)	
1) Rhinite	2) Eczéma	3) Urticaire										
4) Rougeur locale	5) Rougeur généralisée	6) Difficulté respiratoire										
7) Chute de la tension artérielle (choc)	8) Œdème (enflure)											
<b>ANTÉCÉDENTS ANESTHÉSIIQUES</b>												
• Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
• Avez-vous déjà eu des problèmes lors d'une anesthésie antérieure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : _____ _____ _____									
• Vous a-t-on déjà parlé que vous étiez difficile à intuber ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
• Vous ou quelqu'un de votre famille souffre-t-il d'hyperthermie maligne, de déficit en pseudocholinestérase ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, votre lien avec cette personne : _____									
• Portez-vous des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inférieure <input type="checkbox"/> Supérieure									
• Avez-vous des dents qui branlent, dents fragiles, cariées, des implants ou des couronnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
• Avez-vous des problèmes à bouger votre cou et /ou à ouvrir votre bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

## COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>MUSCULO SQUELETTIQUE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous des problèmes au niveau de vos articulations ?</li> <li><input type="checkbox"/> Colonne vertébrale</li> <li><input type="checkbox"/> Arthrose</li> <li><input type="checkbox"/> Polyarthrite</li> <li><input type="checkbox"/> Spondylite ankylosante</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p style="text-align: center;">Veillez entourer les zones de votre squelette qui vous causent des limitations.</p>
<b>ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous déjà eu un pontage ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Si oui : <span style="float: right;">Année : _____</span></p> <p><input type="checkbox"/> Cœur : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Membres inférieurs (jambe) : _____</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Êtes-vous porteur d'une valve cardiaque artificielle ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Si oui, laquelle ? _____</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker), un défibrillateur implantable ou un neurostimulateur ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Si oui, depuis quelle année? _____</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous a-t-on installé des stents (tuteurs cardiaques)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous déjà eu une chirurgie de fulguration en électrophysiologie cardiaque ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous a-t-on déjà opéré au niveau des carotides ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous déjà été opéré au niveau du cerveau ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Si oui, préciser : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)**



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SUITE ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX</b>			
• Avez-vous déjà subi une chirurgie de reconstruction maxillo-faciale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez-vous déjà été opéré au niveau de la colonne vertébrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	À quel niveau? _____ _____
• Avez-vous déjà subi une chirurgie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : _____
• Avez-vous déjà subi une greffe d'un organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser lequel : _____
• Avez-vous déjà subi une chirurgie orthopédique majeure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Épaule (s) <input type="checkbox"/> Hanche (s) <input type="checkbox"/> Coude (s) <input type="checkbox"/> Genou (x) Si oui, préciser : _____
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME CARDIAQUE</b>			
• Souffrez-vous d'hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle est votre tension lorsque prise à la maison ou pharmacie? _____
• Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques comme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Arythmies <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Oedème pulmonaire aigu (eau sur les poumons) <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque <input type="checkbox"/> Maladies valves cardiaques <input type="checkbox"/> Malformation(s) cardiaque(s) <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____
• Vous arrive-t-il plus fréquemment de ressentir des douleurs dans la poitrine lors d'efforts minimaux? Exemples :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Monter un escalier (2 paliers)</li> <li>➤ Faire le ménage</li> <li>➤ Prendre une marche lentement</li> <li>➤ Passer la tondeuse</li> <li>➤ Râtelier les feuilles</li> <li>➤ Passer l'aspirateur</li> </ul>			
• Êtes-vous essoufflé au moindre effort? (Mêmes exemples que la question précédente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)**



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SUITE SYSTÈME CARDIAQUE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous déjà été investigué pour un problème cardiaque?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quels examens avez-vous subis? <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG) <input type="checkbox"/> Échographie cardiaque <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Tapis roulant <input type="checkbox"/> MAPA (prise de la tension artérielle à la maison pendant 24 heures) <input type="checkbox"/> Coronarographie <input type="checkbox"/> Mibi-persantin (médecine nucléaire)
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME RESPIRATOIRE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous des problèmes respiratoires?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Emphysème <input type="checkbox"/> Autres : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souffrez-vous de toux dérangeante ou chronique?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Votre tolérance à l'effort a-t-elle diminué dans les derniers mois? (êtes-vous plus facilement essoufflé que d'habitude)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Êtes-vous sous traitement d'oxygène à la maison?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souffrez-vous d'apnée du sommeil diagnostiquée par un médecin?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, utilisez-vous un CPAP? Modèle : _____ Paramètres : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Êtes-vous en attente de polysomnographie? (test pour détecter chez vous la présence de l'apnée du sommeil)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de somnolence : aux questions suivantes, répondez avec les choix de 0 à 3 dans l'encadré joint : </li> <li><i>Le jour, quelle est la probabilité que vous vous endormissiez?</i></li> <li>Assis en train de lire : _____</li> <li>En regardant la télévision : _____</li> <li>Assis en public (théâtre ou en réunion) : _____</li> <li>En tant que passager dans une voiture, assis pendant une heure : _____</li> <li>En se couchant l'après-midi, quand les circonstances le permettent : _____</li> <li>Assis tranquillement après un repas sans alcool : _____</li> <li>Dans une voiture arrêtée quelques minutes dans un embouteillage : _____</li> <li>En discutant avec un ami, assis : _____</li> </ul>			<p><b>0 = ne somnolerais jamais</b>  <b>1 = faible chance</b>  <b>2 = chance modérée</b>  <b>3 = forte chance</b></p>
			<b>TOTAL : _____</b>

# COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME RESPIRATOIRE (SUITE)</b>			
• Votre ronflement peut-il être entendu à travers une porte fermée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Est-ce que des pauses respiratoires ont été observées pendant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SYSTÈME NEUROLOGIQUE</b>			
• Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> AVC / ICT    Année : _____ Séquelles : _____ _____ <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson <input type="checkbox"/> Faiblesse d'un membre <input type="checkbox"/> Pertes de conscience répétées <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale <input type="checkbox"/> Perte de vision subite <input type="checkbox"/> Spina bifida <input type="checkbox"/> Paralysie <input type="checkbox"/> Autres : _____
<b>SYSTÈME RÉNAL</b>			
• Avez-vous des problèmes avec vos reins? <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Rein unique <input type="checkbox"/> Greffé rénal <input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si dialyse, Produisez-vous encore de l'urine? <input type="checkbox"/> Votre horaire de dialyse? _____ _____
<b>SYSTÈME ENDOCRINIEN</b>			
• Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, de quel type? <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Autres : _____

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)**



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME ENDOCRINIEN (SUITE)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Êtes-vous diabétique?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel traitement utilisez-vous? <input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Hypoglycémiants oraux <input type="checkbox"/> Insuline sous-cutanée <input type="checkbox"/> Pompe insuline  Quelles sont vos glycémies à la maison, en moyenne? _____  Avez-vous des organes atteints par votre diabète? <input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique <input type="checkbox"/> Atteinte rénale <input type="checkbox"/> Atteinte nerveuse
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous pris de la cortisone par la bouche dans les 12 derniers mois?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : <input type="checkbox"/> Avez-vous pris plus de 20 mg pendant plus de 3 mois?  <input type="checkbox"/> Prenez-vous 5 mg ou plus à tous les jours?
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME HÉMATOLOGIQUE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous déjà reçu une transfusion de produits sanguins?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, avez-vous fait une réaction anormale?  Préciser : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Êtes-vous actuellement investigué ou traité pour un problème d'anémie?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous déjà fait une thrombophlébite et/ou une embolie pulmonaire?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentez-vous ou quelqu'un de votre famille des anomalies de la coagulation?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Hémophilie <input type="checkbox"/> Leiden <input type="checkbox"/> Autres : _____



**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)**



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SUITE SYSTÈME HÉMATOLOGIQUE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provenez-vous d'un pays autour de la Méditerranée ou êtes-vous d'origine antillaise, africaine ou afro-américaine?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous une histoire personnelle ou familiale d'anémie falciforme ou de thalassémie?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous présenté des saignements anormaux dans une ou plusieurs des situations suivantes?                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Saignements prolongés ou inhabituels ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement.</li> <li>2- Tendance à faire des ecchymoses (bleus) importants lors de chocs mineurs, sans cause apparente.</li> <li>3- Saignements prolongés lors d'extractions dentaires.</li> <li>4- Saignements importants après une chirurgie mineure (amygdales, circoncision, coupure du cordon ombilical à la naissance).</li> <li>5- Hémorragie après un accouchement.</li> <li>6- Menstruations abondantes de façon répétée, ayant conduit à un traitement.</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME DIGESTIF</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous déjà eu des problèmes d'ulcères digestifs ou d'hémorragie digestive?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faites-vous du reflux gastro-oesophagien</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>    Si oui, persiste-t-il après la prise de médication?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Êtes-vous porteur d'une cirrhose hépatique?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>INFECTIEUX</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Êtes-vous porteur d'une maladie infectieuse chronique?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Autre : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous été hospitalisé (e) plus de 24 heures dans les 3 dernières années?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (ADULTE)**



Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SUITE INFECTIEUX</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Êtes-vous porteur (euse) d'une bactérie multi-résistante (SARM, ERV)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quel endroit : _____ _____
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>AVQ / AVD</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vivez-vous seul (e)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, spécifier l'endroit : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Résidence privée sans service <input type="checkbox"/> Résidence privée avec services
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin lors de votre convalescence</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous des troubles d'équilibre, un manque de coordination, des faiblesses ou des limitations de vos mouvements qui auraient pu ou qui ont entraîné des chutes dans les 3 derniers mois?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>DIVERS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous déjà été atteint d'un cancer?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez lequel : _____ En quelle année? _____ Quel traitement avez-vous eu? <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Autres : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Souffrez-vous de problèmes visuels limitant votre fonctionnement?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Souffrez-vous de problèmes auditifs?</li> </ul> Si oui, avez-vous besoin de vos prothèses auditives en permanence?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>QUESTIONS SPÉCIALES POUR LA FEMME</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de votre chirurgie, se pourrait-il que vous soyez enceinte?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ménopause depuis plus d'un an <input type="checkbox"/> Hystérectomie <input type="checkbox"/> Ligature tubaire



