



**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (0-13 ANS)**

*Pour inscription externe  
de l'utilisateur 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 la 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 l'enfant : \_\_\_\_\_  
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 (0-13 ANS)**



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

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

	NON	OUI	PRÉCISER									
<b>MÉDICATION</b>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prend-il 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 : _____ _____									
	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. Est-il 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. Est-il 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. Est-il allergique à un médicament et / ou un antibiotique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, le(s)quel(s) : _____ Choix réponse <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)											
	NON	OUI	PRÉCISER									
<b>ANTÉCÉDENTS ANESTHÉSQUES</b>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il déjà eu une anesthésie générale ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il déjà eu des problèmes lors d'une anesthésie antérieure ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : _____ _____									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Votre enfant ou quelqu'un de sa famille souffre-t-il d'hyperthermie maligne, de déficit en pseudocholinestérase ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel est son lien avec cette personne : _____									
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il des dents qui branlent, dents fragiles, cariées ou autres ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il des problèmes à bouger le cou et /ou à ouvrir la bouche ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____									

COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (0-13 ANS)



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

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

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME CARDIAQUE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il ou a-t-il déjà eu des problèmes cardiaques comme :</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Souffle au coeur <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Maladies de valves cardiaques <input type="checkbox"/> Malformation congénitale <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____
	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>PRÉCISER</b>
<b>SYSTÈME RESPIRATOIRE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il ou a-t-il déjà eu 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>Souffre-t-il d'apnée du sommeil diagnostiquée par un médecin?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>PRÉCISER</b>
<b>SYSTÈME NEUROLOGIQUE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il ou a-t-il déjà eu des problèmes neurologiques ou musculaires?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Spina bifida <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <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"/> Retard de développement <input type="checkbox"/> Autres : _____ _____ _____

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (0-13 ANS)**



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

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

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME RÉNAL</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il ou a-t-il déjà eu des problèmes avec ses reins?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui préciser : _____ _____ _____ _____ _____
<b>SYSTÈME ENDOCRINIEN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il ou a-t-il déjà eu des problèmes avec sa glande thyroïde?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, de quel type? <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Autres : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-il diabétique?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel traitement utilise-t-il? <input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Hypoglycémiants oraux <input type="checkbox"/> Insuline sous-cutanée <input type="checkbox"/> Pompe insuline Quelles sont ses glycémies à la maison, en moyenne? _____ _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il pris de la cortisone par la bouche dans les 12 derniers mois?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : _____ _____ _____ _____

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (0-13 ANS)**



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

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

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>SYSTÈME HÉMATOLOGIQUE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il déjà reçu une transfusion de produits sanguins?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, a-t-il fait une réaction anormale? Préciser : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présente-t-il ou quelqu'un de sa famille présente-t-il 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 : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Provient-il d'un pays autour de la Méditerranée ou est-il d'origine antillaise, africaine ou afro-américaine?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il 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>A-t-il déjà eu des saignements anormaux lors de visite chez le dentiste, blessures mineures, chirurgies?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui préciser : _____ _____ _____
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>INFECTIEUX</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-il porteur d'une infection multirésistante ou 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>A-t-il été hospitalisé plus de 24 heures dans les 3 dernières années?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-il porteur d'une bactérie multi-résistante?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> ERV

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (0-13 ANS)**



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

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

	NON	OUI	PRÉCISER
<b>DIVERS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il déjà été atteint d'un cancer?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser lequel : _____ En quelle année : _____  Quel(s) traitement(s) a-t-il eu? <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Curiethérapie Autres : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-il un handicap physique?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Difficulté de locomotion <input type="checkbox"/> Surdit�e <input type="checkbox"/> Absence ou diminution importante de la vue  <input type="checkbox"/> Autre : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consomme-t-il?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogue <input type="checkbox"/> Tabac
	NON	OUI	PRÉCISER
<b>QUESTIONS SPÉCIALES POUR LA FILLE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A-t-elle débuté ses menstruations?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quel âge? _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de sa chirurgie, se pourrait-il qu'elle soit enceinte?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Y a-t-il un autre sujet dont vous aimeriez nous faire part afin de mieux répondre à vos attentes? _____ _____ _____ _____			

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (0-13 ANS)**

**RÉSERVÉ À L'INFIRMIÈRE**



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

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

Signes vitaux : TA : BG \_\_\_\_\_ TA : BD \_\_\_\_\_ Pouls : \_\_\_\_\_ Sat : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ m IMC : \_\_\_\_\_ Epworth : \_\_\_\_\_

Évaluation téléphonique faite avec :  Usager  Autres \_\_\_\_\_ Risque de chute : Oui  Non

**NOTES DE L'INFIRMIÈRE - TRIAGE**

Date analyse collecte données : \_\_\_\_\_ Signature infirmière : \_\_\_\_\_

**NOTES DE L'INFIRMIÈRE - PRÉOPÉRATOIRE**

Date évaluation préopératoire : \_\_\_\_\_ Signature infirmière : \_\_\_\_\_

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE (0-13 ANS)**

**RÉSERVÉ À L'INFIRMIÈRE**



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

**RELANCE TÉLÉPHONIQUE DIABÉTIQUE**

Directives données :     Usager                       Autres : \_\_\_\_\_ Heure d'arrivée au CDJ : \_\_\_\_\_  
 À jeun depuis minuit     Ne pas prendre HGO ou insuline

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_

**EXTENSION DE DOSSIER**

État de santé non modifié depuis évaluation préopératoire.  
 État de santé modifié depuis évaluation préopératoire, voir « Notes supplémentaires ».  
 Extension de dossier acceptée par l'anesthésiologiste.    Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_

**DISCUSSION AVEC ANESTHÉSIOLOGISTE**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_