

CHUL

HDQ

HSFA

Cet encadré doit contenir : nom et prénom, adresse

nom de la mère, No téléphone, No RAMQ

Collecte de données pré-opératoire

**VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS
AFIN D'ÉVITER DE RETARDER VOTRE CHIRURGIE**

Hôpital Saint-François d'Assise Unité d'accueil 10, rue de l'Espinay, local C3-620 Québec (Québec) G1L 3L5 Télécopieur : 418 525-4313	L'Hôtel-Dieu de Québec Bloc opératoire 11, côte du Palais Québec (Québec) G1R 2J6 Télécopieur : 418 691-5728	CHUL Clinique d'évaluation préopératoire 2705, boul. Laurier, local D-1206 Québec (Québec) G1V 4G2 Télécopieur : 418 654-2115
--	---	--

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du chirurgien : _____

Chirurgie proposée : _____

Âge : _____ Sexe : _____ Poids : _____ lbs ou _____ Kg Taille : _____

Allergies ou intolérances médicamenteuses (si oui, réactions) : _____

Chirurgie antérieure (si oui, précisez) : _____

Nom et numéro de téléphone de votre pharmacie : _____

Section réservée à l'infirmière :

TA : _____ IMC : _____
Pls : _____/min Sat : _____%

Médication actuelle : (incluant insuline, aérosol, médicaments en vente libre, produits naturels, suppléments nutritifs, etc.)

Médicaments	Posologie	Médicaments	Posologie

	OUI	NON	SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE
HABITUDES DE VIE			
1. Prenez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de consommation par semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Consommez-vous des drogues ou des narcotiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

www.chuq.qc.ca

	OUI	NON	SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE
3. Fumez-vous ? Si oui, combien ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANESTHÉSIE			
1. Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous déjà eu des problèmes avec l'anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hyperthermie maligne <input type="checkbox"/> Pseudocholinestérase
SYSTÈME DIGESTIF			
1. Avez-vous déjà eu des problèmes d'ulcère ou d'hémorragie digestive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Faites-vous du reflux gastrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Portez-vous des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous des dents qui branlent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous des couronnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SYSTÈME RESPIRATOIRE			
1. Avez-vous des problèmes respiratoires comme l'asthme, la bronchite ou l'emphysème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous reçu un diagnostic d'apnée du sommeil ? Si oui, utilisez-vous un appareil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type d'appareil : _____
SYSTÈME CARDIAQUE			
1. Avez-vous des problèmes cardiaques comme malformation congénitale, souffle cardiaque, angine, infarctus, palpitations, insuffisance cardiaque ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous déjà eu une dilatation avec ou sans installation de tuteur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Êtes-vous porteur d'un pacemaker ? Si oui, quand a-t-il été vérifié la dernière fois ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SYSTÈME NEUROLOGIQUE			
1. Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques comme paralysie, épilepsie, perte de conscience, faiblesse d'un membre ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous déjà fait un accident vasculaire cérébral (AVC) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

www.chuq.qc.ca

	OUI	NON	SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE
3. Avez-vous des problèmes de concentration ou de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diurèse résiduelle : _____ quantité _____/24h
SYSTÈME RÉNAL			
1. Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins (infection, pierres, insuffisance rénale ou autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous des traitements d'hémodialyse ? Si oui, urinez-vous encore ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Présentement, avez-vous des brûlements ou douleur lorsque vous urinez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SYSTÈME ENDOCRINIEN			
1. Êtes-vous diabétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous pris de la cortisone pour plus de 3 semaines dans la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE			
1. Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale, d'arthrose, d'arthrite ou de dystrophie musculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous des problèmes à bouger le cou ou à ouvrir la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SYSTÈME HÉMATOLOGIQUE			
1. Avez-vous, ou un membre de votre famille, déjà eu des saignements anormaux lors de visite chez le dentiste, blessures mineures, opérations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Leiden
2. Avez-vous des problèmes d'anémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Présentez-vous des anomalies familiales de la coagulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. En cas d'absolue nécessité, refuseriez-vous une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Avez-vous déjà reçu une transfusion ou d'autres produits sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réactions :
DIVERS			
1. Êtes-vous porteur d'une hépatite ou du VIH ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

www.chuq.qc.ca

	OUI	NON	SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE
2. Êtes-vous porteur d'une bactérie multirésistante SARM ou ERV ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous déjà eu un cancer ? Si oui, lequel ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous déjà subi une greffe ? Si oui, laquelle ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous des problèmes émotionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Est-ce qu'il y a des possibilités que vous soyez enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dernière date des menstruations : _____ <input type="checkbox"/> Hystérectomie <input type="checkbox"/> Ménopausée
7. Êtes-vous essoufflé lorsque vous circulez dans la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Avez-vous besoin d'aide pour vous mobiliser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accessoire : _____
9. Avez-vous des problèmes auditifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Avez-vous des problèmes visuels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaucome
11. Souffrez-vous d'incontinence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Êtes-vous porteur d'une stomie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Avez-vous besoin d'aide pour l'hygiène ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Avez-vous une diète particulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Avez-vous perdu du poids au cours des trois derniers mois (non volontaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Avez-vous moins d'appétit depuis trois mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Légèrement <input type="checkbox"/> De façon marquée
17. Avez-vous des problèmes digestifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement
18. Avez-vous besoin d'aide pour l'alimentation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SOCIAL			
1. Vivez-vous seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cette personne peut-elle vous aider ? _____
2. Recevez-vous des services du CLSC ? Si oui, lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Y a-t-il des choses vous concernant que vous désirez nous communiquer ? Si oui, lesquelles ? _____ _____			



PERSONNES-RESSOURCES			
Nom : _____	Lien : _____	Tél. rés. : _____	Tél. bur. : _____
Nom : _____	Lien : _____	Tél. rés. : _____	Tél. bur. : _____
Nom : _____	Lien : _____	Tél. rés. : _____	Tél. bur. : _____
Signature du patient : _____			Date : _____
Signature de l'infirmière : _____			Date : _____

Section réservée à l'infirmière	
PLANIFICATION DU CONGÉ	
Destination prévue :	
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Centre hospitalier <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Public (nommer) : _____ Personne responsable : _____ Tél. : _____ <input type="checkbox"/> Escalier (nombre de marches) : Intérieur : _____ Extérieur : _____ <input type="checkbox"/> Ascenseur <input type="checkbox"/> Salle de bain adaptée	
Moyen de transport pour le retour :	
<input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Signature de l'infirmière : _____ Date : _____	
PTI débuté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

\\Domain_chuq\partageschuq\DSI\DLalib+KLaroc\Guichet chirurgie\Evaluation initiale préopératoire (collecte de données).doc