

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

COLLECTE DE DONNÉES CLINIQUE DE PRÉADMISSION

Date de la clinique de préadmission : _____ aaaa/mm/jj ☐ Accompagné : _____

Collecte de données faite : ☐ En personne ☐ Par téléphone ☐ Dossier antérieur

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Chirurgie planifiée : _____ Chirurgien : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Type d'admission : ☐ Chirurgie d'un jour ☐ Chirurgie avec hospitalisation : ☐ Télémétrie ☐ Soins intensifs

Âge : _____ ans Sexe : ☐ M ☐ F Poids : _____ Kg Taille : _____ cm IMC : _____ Kg/m²

Communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____

État cognitif : ☐ Orienté ☐ Désorienté ☐ Notes complémentaires

Rétention d'information : ☐ Faible ☐ Modérée ☐ Élevée

TA : _____ mm/Hg FC : _____ /min FR : _____ /min Temp. : _____ °C Sat. : _____ % Glycémie : _____ mmol/L

Médication : ☐ Aucune ☐ Liste de médicaments jointe (pharmacie communautaire)

☐ Produits naturels : _____ ☐ AINS* (vente libre) : _____

☐ Précautions additionnelles (PCI) : _____ ☐ Dépistage SARM/ERV/KPC : _____

CHIRURGIES ET ANESTHÉSIES ANTÉRIEURES	ANNÉE	HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT

RÉACTIONS À L'ANESTHÉSIE	ALLERGIES (MÉDICAMENTS, ALIMENTS, DIACHYLON, LATEX, IODE)	RÉACTIONS
☐ Usager : _____		
☐ Famille : _____		
Préciser : _____		
☐ Anesthésiologiste avisé		

DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES

CONSOMMATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
☐ Tabac : _____ cigarettes/jour			
☐ Alcool : _____ consommations/semaine	☐	☐	
☐ Drogue : _____			

*AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
CARDIOVASCULAIRE	OUI	NON	COMMENTAIRES
Avez-vous des problèmes cardio-vasculaires? ☐ Hypertension ☐ Hypotension ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Angine ☐ Infarctus ☐ MCAS ☐ AVC ☐ Accident ischémique transitoire ☐ Souffle cardiaque ☐ Arythmie : _____ ☐ Tuteur vasculaire (<i>stent</i>) ☐ Œdème pulmonaire aiguë ☐ Autres : _____	☐	☐	
Êtes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque (<i>pacemaker</i>) ou d'un défibrillateur cardiaque?	☐	☐	
Avez-vous de la difficulté à monter sans effort 10 à 12 marches?	☐	☐	
Avez-vous eu une intervention au niveau du cœur? Si oui, préciser : _____	☐	☐	
RESPIRATOIRE			
Avez-vous des problèmes respiratoires? ☐ Asthme ☐ MPOC ☐ Emphysème ☐ Tabac ☐ Autres : _____	☐	☐	
Faites-vous de l'apnée du sommeil? ☐ Oui ☐ Non Si oui, utilisez-vous un appareil la nuit? ☐ Oui ☐ Non	☐	☐	☐ Avisé d'apporter CPAP ☐ Score STOP-BANG : ____/8
ENDOCRINIEN			
Êtes-vous diabétique? Si oui, préciser le traitement. ☐ Diète ☐ Insuline ☐ Hypoglycémiant PO	☐	☐	
Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde? Si oui, préciser : ☐ Hypothyroïdie ☐ Hyperthyroïdie	☐	☐	
Prenez-vous des stéroïdes (<i>gluco ou corticostéroïdes</i>)? ☐ Oui ☐ Non Avez-vous reçu des injections de stéroïdes (infiltrations) dans la dernière année? ☐ Oui ☐ Non	☐	☐	☐ Anesthésiologiste avisé
HÉMATOLOGIQUE			
Avez-vous des problèmes hématologiques? ☐ Anémie ☐ Thrombose veineuse profonde ☐ Embolie pulmonaire ☐ Trouble de coagulation : _____ ☐ Autres : _____	☐	☐	
Avez-vous une objection à recevoir des produits sanguins?	☐	☐	
ONCOLOGIE			
Avez-vous déjà reçu un diagnostic de cancer? Si oui, préciser le traitement : ☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Hormonothérapie Cessé depuis? _____	☐	☐	
RÉNAL			
Êtes-vous connu pour de l'insuffisance rénale ? ☐ Aiguë ☐ Chronique	☐	☐	
Avez-vous des traitements de dialyse?	☐	☐	
Êtes-vous porteur d'une sonde urinaire?	☐	☐	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)			
GASTRO-INTESTINAL/HÉPATIQUE	OUI	NON	COMMENTAIRES
Avez-vous des problèmes gastro-intestinaux ou hépatiques? ☐ Reflux gastrique ☐ Ulcère ☐ Maladie de Crohn ☐ Colite ulcéreuse ☐ Saignement GI ☐ Hépatite A, B, C ☐ Cirrhose ☐ Autres : _____	☐	☐	
NEUROLOGIQUE			
Avez-vous des problèmes d'ordre neurologique? ☐ Épilepsie ☐ Convulsions ☐ Sclérose en plaques ☐ Migraine ☐ Démence ☐ Parkinson ☐ Autres : _____	☐	☐	
MUSCULO-SQUELETTIQUE			
Avez-vous des problèmes musculo-squelettiques? ☐ Lombalgie ☐ Cervicalgie ☐ Hernie discale ☐ Scoliose ☐ Autres : _____	☐	☐	
IMMUNITAIRE ET RHUMATOLOGIE			
Avez-vous des problèmes immunitaires ou rhumatologiques? ☐ VIH / SIDA ☐ Lupus ☐ Polyarthrite rhumatoïde ☐ Autres : _____	☐	☐	
PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE			
Avez-vous déjà reçu un diagnostic en santé mentale? ☐ Dépression ☐ Anxiété ☐ Trouble bipolaire ☐ Schizophrénie ☐ Autres : _____	☐	☐	
DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES			
Risque de chute ☐ Aide technique ☐ Supervision ☐ Aide totale ☐ Immobile	☐	☐	
Problèmes auditifs Préciser : _____ Prothèses auditives : ☐ Gauche ☐ Droite	☐	☐	
Problèmes visuels ☐ Glaucome ☐ Autres, préciser : _____ ☐ Lunettes ☐ Lentilles cornéennes	☐	☐	
Prothèses dentaires ☐ Supérieure ☐ Inférieure ☐ Complète ☐ Partielle ☐ Autres : _____	☐	☐	
JEÛNE PRÉOPÉRATOIRE			
Avez-vous un des problèmes de santé suivants? ☐ Reflux gastrique symptomatique (<i>malgré tx pharmacologique</i>) ☐ Dysphagie ☐ Obstruction intestinale	☐	☐	☐ Jeûne minimal ☐ Jeûne prolongé
AUTRES			
_____ _____ _____ _____ _____			

Nom :

Prénom :

#Dossier :

EXAMENS ET RÉSULTATS PRÉOPÉRATOIRES

Date des prélèvements : aaaa/mm/jj

Hb : _____

Ht : _____

Plaquettes : _____

RNI : _____

PTT : _____

Na⁺ : _____

K⁺ : _____

Créatinine : _____

Groupe sanguin : _____

Glycémie : _____ mmol

☐ ECG

☐ RX poumon

☐ HCG urinaire

☐ Culots en réserve : _____

☐ Autres : _____

Examens à effectuer le matin de la chirurgie : ☐ RNI ☐ Groupe sanguin ☐ Glycémie ☐ HCG urinaire

☐ Autres : _____

ENSEIGNEMENT

☐ Guide préopératoire remis et expliqué

☐ Jeûne préopératoire expliqué, préciser : ☐ Prolongé ☐ Minimal

Feuillet remis : ☐ Diabétique ☐ Non diabétique

☐ Préparation préopératoire : _____

☐ Type d'anesthésie : _____

☐ Épidurale / Pompe ACP

☐ Autres : _____

☐ Usager avisé de :

☐ Prendre médicaments le matin de la chirurgie

☐ Ne pas prendre médicaments le matin de la chirurgie

Préciser : _____

PERSONNES RESSOURCES ET RETOUR À DOMICILE

☐ Usager sera accompagné pour 24 heures lors du retour à domicile (ou intervention pourrait être reportée)

☐ Personne ressource : _____

tél. en cas d'urgence : _____

☐ Problèmes identifiés pour le retour à domicile : _____

☐ Usager vit seul

☐ Nombre de marches à domicile (voir notes complémentaires) : _____

☐ Autres : _____

NOTES COMPLÉMENTAIRES

CONSULTATIONS MÉDICALES

☐ Consultation prévue en médecine interne le : aaaa/mm/jj

☐ Dossier vu avec anesthésiologiste : aaaa/mm/jj

Nom de l'anesthésiologiste : _____

Informations transmises : _____

☐ Chirurgie annulée

☐ Chirurgie autorisée

☐ Voir prescription

Signature de l'infirmière : _____

Date : aaaa/mm/jj