



MOCLI60294

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

VÉRIFICATION PRÉOPÉRATOIRE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm IMC : _____ kg/m²

JOUR DE LA CHIRURGIE

Date : _____aaaa/mm/jj Heure : _____hh:mm ☐ Chirurgie d'un jour ☐ Unité de soins : _____
☐ Jeûne minimal ☐ Jeûne prolongé À jeun : ☐ Solides : _____hh:mm ☐ Liquides : _____hh:mm
Médicaments cessés : ☐ Anticoagulants : _____aaaa/mm/jj ☐ Hypoglycémiant : _____aaaa/mm/jj ☐ Autre : _____
Médicaments pris ce jour par l'usager : ☐ Oui ☐ Non ☐ Voir profil pharmaceutique
Préciser : _____

Changement de l'état de santé ou de la médication depuis sa visite en clinique de préadmission (hospitalisation, fièvre, etc.) :

☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Initiales : _____

Chirurgie d'un jour (seulement)

Nom de l'accompagnateur : _____ Lien / No téléphone : _____

Usager avisé : ☐ Être accompagné pour prochain 24 heures ☐ Responsable de ses objets personnels ☐ Autre (voir notes)

Orienté dans les 3 sphères : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Initiales : _____

VÉRIFICATION DU DOSSIER

	OUI	NON	S.O.	COMMENTAIRES
Dossier antérieur	☐	☐	☐	
Carte d'assurance-maladie	☐	☐	☐	
Carte d'hôpital	☐	☐	☐	
Requête opératoire / Demande d'admission	☐	☐	☐	
Consentement opératoire signé	☐	☐	☐	
Liste de médicaments	☐	☐	☐	
Anamnèse / Examen physique	☐	☐	☐	
Formulaire clinique de préadmission	☐	☐	☐	
ECG (50 ans et plus ou prescription)	☐	☐	☐	
Examens radiologiques demandés	☐	☐	☐	
Banque de sang (code 50) ☐ Culots en réserve : _____	☐	☐	☐	
HCG urinaire (femme de 12 à 50 ans inclusivement)	☐	☐	☐	
Autres analyses de laboratoires / examens (voir notes)	☐	☐	☐	
Consultation médecine interne, si requise	☐	☐	☐	
Précautions additionnelles : _____	☐	☐	☐	
Autres : _____	☐	☐	☐	

Signature et titre : _____ Date : _____aaaa/mm/jj

#Dossier :

VÉRIFICATION AUPRÈS DE L'USAGER								
	OUI	NON	S.O.		OUI	NON	S.O.	
Bracelet d'identité	☐	☐	☐	Lunettes / lentilles cornéennes retirées	☐	☐	☐	
Bracelet d'allergie	☐	☐	☐	Vêtements / sous-vêtements retirés	☐	☐	☐	
Bracelet de risque de chute	☐	☐	☐	Maquillage / vernis à ongle / broches à cheveux retirés	☐	☐	☐	
Prothèses auditives retirées : ☐ G ☐ D	☐	☐	☐					
Prothèses dentaires retirées : ☐ Haut ☐ Bas	☐	☐	☐	Tampon retiré et serviette hygiénique en place (<i>si menstruations</i>)	☐	☐	☐	
Bijoux / Piercing / Microdermal retirés	☐	☐	☐	Rasage fait, site : _____	☐	☐	☐	
Notes : _____								
_____ Initiales : _____								

ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE			
Allergies : ☐ Iode ☐ Latex ☐ Autres : _____			
Signes vitaux : _____ TA : _____ mm/Hg FC : _____ /min FR : _____ /min T° : _____ °C Sat : _____ %			
Glycémie : <u> hh:mm </u> _____ mmol/L (si requise)			
Diurèse : ☐ Miction libre à l'appel : <u> hh:mm </u> ☐ Sonde vésicale en place (voir notes complémentaire)			
☐ Médication préopératoire reçue : ☐ Voir FADM			
Heure	Nom du médicament et dosage	Voie d'administration	Initiales
hh:mm			
hh:mm			
hh:mm			
Départ pour la salle d'opération : _____ hh:mm Initiales : _____			
Retour de la salle d'opération (Unité de soins seulement) : _____ hh:mm Initiales : _____ Initiales : _____			

[illegible]

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	DATE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	DATE
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj
		aaaa/mm/jj			aaaa/mm/jj