

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
 aaaa-mm-jj  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 aaaa-mm  
 Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## COLLECTE DE DONNÉES PÉDIATRIQUE (0 à 14 ans) CLINIQUE DE PRÉADMISSION

Date de la clinique de préadmission : \_\_\_\_\_ aaaa/m/jj

Collecte de données faite : ☐ En personne ☐ Par téléphone ☐ Dossier antérieur Fait avec : \_\_\_\_\_

| INFORMATIONS GÉNÉRALES                                                                                                                                                                              |                    |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|
| Chirurgie planifiée : _____                                                                                                                                                                         | Chirurgien : _____ | Date : _____ aaaa/mm/jj                                      |
| Type d'admission : <input type="checkbox"/> Chirurgie d'un jour <input type="checkbox"/> Chirurgie avec hospitalisation                                                                             |                    |                                                              |
| Communication : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____                                                                           | Âge : _____        | Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Enfant moins de 2 ans : Poids : _____ kg Percentile : _____ Taille : _____ cm Percentile : _____                                                                                                    |                    |                                                              |
| Enfant plus de 2 ans : Poids : _____ kg Taille : _____ cm IMC : _____ kg/m <sup>2</sup> Percentile IMC : _____                                                                                      |                    |                                                              |
| TA : _____ mm/Hg FC : _____ /min FR : _____ /min Temp. : _____ °C Sat. : _____ % Glycémie : _____ mmol/L                                                                                            |                    |                                                              |
| Historique de naissance : Né à _____ semaines de grossesse Complications à la naissance : _____ CPAP, intubation, etc.                                                                              |                    |                                                              |
| Médication : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Pompes <input type="checkbox"/> Liste de médicaments jointe (pharmacie communautaire) <input type="checkbox"/> Vaccins à jour |                    |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Produits naturels : _____ <input type="checkbox"/> AINS* (vente libre) : _____                                                                                             |                    |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Précautions additionnelles (PCI) : _____ <input type="checkbox"/> Dépistage SARM / ERV / KPC                                                                               |                    |                                                              |
| CHIRURGIES ET ANESTHÉSIES ANTÉRIEURES                                                                                                                                                               | ANNÉE              | HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT                                        |
|                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                              |

| RÉACTIONS À L'ANESTHÉSIE                                                                                              | ALLERGIES<br>(médicaments, aliments, diachylon, latex, iode) | RÉACTIONS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Laryngospasme <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Agitation      |                                                              |           |
| <input type="checkbox"/> Apnées <input type="checkbox"/> Délirium d'émergence <input type="checkbox"/> Autres : _____ |                                                              |           |
| Antécédents familiaux de : _____                                                                                      |                                                              |           |
| <input type="checkbox"/> Pseudocholinestérase atypique                                                                |                                                              |           |
| <input type="checkbox"/> Hyperthermie maligne                                                                         |                                                              |           |
| <input type="checkbox"/> Anesthésiologiste avisé                                                                      |                                                              |           |

| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX                                                                                    |                          |                          |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| CARDIOVASCULAIRE                                                                                        | OUI                      | NON                      | COMMENTAIRES |
| Problèmes cardio-vasculaires?                                                                           |                          |                          |              |
| <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque <input type="checkbox"/> Palpitations ou perte de conscience | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| <input type="checkbox"/> Histoire familiale d'arythmie en bas âge                                       |                          |                          |              |
| <input type="checkbox"/> Physiquement actif (pratique sport régulier)                                   |                          |                          |              |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____                                                                 |                          |                          |              |
| Intervention au niveau du cœur?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| Si oui, préciser : _____                                                                                |                          |                          |              |

\*AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Nom :

Prénom :

#Dossier :

| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESPIRATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OUI                      | NON                      | COMMENTAIRES                                                                                                                   |
| Problèmes respiratoires?<br><input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Bronchiolites (enfant de moins de 2 ans) <input type="checkbox"/> Croup                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |
| Ronflements? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Avez-vous reçu un diagnostic apnée sommeil <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Dernière IVRS: Date : <u>aaaa/m/jj</u> Durée : _____<br>Fin des symptômes : <u>aaaa/m/jj</u>                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Questionnaire STBUR : _____<br><input type="checkbox"/> Résultats McGill : _____<br>Symptômes : _____ |
| <b>ENDOCRINIEN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                                                                                                                                |
| Diabète? Si oui, préciser le traitement.<br><input type="checkbox"/> Diète <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémiant PO                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |
| Prise de stéroïdes ( <i>gluco ou corticostéroïdes</i> )?                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anesthésiologiste avisé                                                                               |
| <b>HÉMATOLOGIQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                                                                                                                                |
| Problèmes hématologiques et/ou antécédents familiaux?<br><input type="checkbox"/> Anémie falciforme<br><input type="checkbox"/> Hémophilie<br><input type="checkbox"/> Maladie de VonWillebrand<br><input type="checkbox"/> Autres : _____                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |
| Objection à recevoir des produits sanguins?                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |
| <b>ONCOLOGIE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                                                                                                                                |
| Diagnostic de cancer?<br>Si oui, préciser le traitement :<br><input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Hormonothérapie<br>Cessé depuis? _____                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |
| <b>GASTRO-INTESTINAL/HÉPATIQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                                                                                                                                |
| Problèmes gastro-intestinaux ou hépatiques?<br><input type="checkbox"/> Reflux gastrique <input type="checkbox"/> Autres : _____                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |
| <b>NEUROLOGIQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                                                                                                                                |
| Problèmes d'ordre neurologique?<br><input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Migraines<br><input type="checkbox"/> Autres : _____                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |
| <b>MUSCULO-SQUELETTIQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                                                                                                                                |
| Problèmes musculo-squelettiques et/ou antécédents familiaux?<br><input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire<br><input type="checkbox"/> Dystrophie myotonique<br><input type="checkbox"/> Évolution moteur adéquate selon l'âge (grimper, courir, etc.)<br><input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Autres : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |
| <b>PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                                                                                                                                |
| Diagnostic de :<br><input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de comportement <input type="checkbox"/> Autisme<br><input type="checkbox"/> Terreurs nocturnes <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Autres : _____                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                |

#Dossier :

| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)                                                                                                                                                     |                          |                          |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES                                                                                                                                                          | OUI                      | NON                      | COMMENTAIRES |
| <b>Développement de l'enfant</b><br><input type="checkbox"/> Problème de langage <input type="checkbox"/> Problème moteur<br><input type="checkbox"/> Problème de motricité fine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| <b>Problèmes auditifs</b><br>Préciser : _____<br>Prothèses auditives : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| <b>Problèmes visuels</b><br><input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |

| EXAMENS ET RÉSULTATS PRÉOPÉRATOIRES                                     |                        |                    |                        |                       |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|
| Date des prélèvements : <span style="color: #800080;">aaaa/mm/jj</span> |                        |                    |                        |                       |
| Hb : _____                                                              | Ht : _____             | Plaquettes : _____ | RNI : _____            | PTT : _____           |
| Na <sup>+</sup> : _____                                                 | K <sup>+</sup> : _____ | Créatinine : _____ | Groupe sanguin : _____ | Glycémie : _____ mmol |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____                                 |                        |                    |                        |                       |

| ENSEIGNEMENT             |                                                                                                                                                               |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Guide préopératoire remis et expliqué                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | Jeûne préopératoire expliqué                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Type d'anesthésie : _____                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Préparation préopératoire : _____                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | Avisé de : <input type="checkbox"/> Prendre médicaments le matin de la chirurgie <input type="checkbox"/> Ne pas prendre médicaments le matin de la chirurgie |
|                          | Préciser : _____                                                                                                                                              |

| PERSONNES RESSOURCES ET RETOUR À DOMICILE |                                                                                                          |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                  | Usager sera accompagné pour 24 heures lors du retour à domicile (ou intervention pourrait être reportée) |
| <input type="checkbox"/>                  | Autres : _____                                                                                           |

[illegible]

| <b>CONSULTATIONS MÉDICALES</b>                                                             |                                              |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dossier vu avec anesthésiologiste : <u>      aaaa/mm/jj      </u> | Nom de l'anesthésiologiste : _____           |                                            |
| Informations transmises : _____                                                            |                                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie annulée                                                 | <input type="checkbox"/> Chirurgie autorisée | <input type="checkbox"/> Voir prescription |

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