



Installation : _____

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

CHIRURGIE D'UN JOUR CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Chirurgien : _____ Intervention prévue : ☐ PTH ☐ PUC ☐ PTG

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSIONS	
L'utilisateur a plus de 18 ans?	☐ Oui (inclus) ☐ Non (<u>exclus</u>) Âge : _____
L'utilisateur doit avoir un accompagnateur pour le transport le jour de la chirurgie et avoir une présence la première nuit?	☐ Oui (inclus) ☐ Non (<u>exclus</u>) Lien : _____
Poids et taille / IMC de la dernière semaine	Poids : _____ IMC : _____ Taille : _____ Si IMC supérieur à 40 → <u>Exclus</u>
L'utilisateur a un trouble de la coagulation (ex. : thrombocytopénie, hémophilie)?	☐ Oui (<u>exclus</u>) ☐ Non (inclus) Trouble : _____
Histoire médicale, problèmes de santé L'utilisateur a une ou plusieurs atteintes systémiques non contrôlé ou de novo (telles que le diabète, problème cardiaque, problème rénal, etc.)?	Problème de santé et histoire médicale (<u>consultation médecine interne</u>) : _____ _____ _____ ☐ Oui (<u>exclus</u>) ☐ Non (inclus)
L'utilisateur présente un syndrome d'apnée hypopnée du sommeil (SAHS)?	☐ Modéré avec CPAP (inclus) ☐ Modéré sans CPAP (<u>à valider avec anesthésiologiste</u>) ☐ Sévère avec CPAP et compliant (<u>à valider avec anesthésiologiste</u>) ☐ Sévère sans CPAP (<u>exclus</u>)
L'utilisateur a reçu une corticothérapie par infiltration dans le dernier 3 mois?	☐ Oui (<u>exclus</u>) ☐ Non (inclus)
L'utilisateur a déjà subi une embolie pulmonaire / TPP dans la dernière année?	☐ Oui (<u>exclus</u>) ☐ Non (inclus)
L'utilisateur présente un trouble cognitif ou de communication l'empêchant de bien comprendre la procédure?	☐ Oui (<u>exclus</u>) ☐ Non (inclus) *Ne pas exclure d'emblée si présence d'un bon réseau de soutien
Chirurgie au DIX30	
IMC supérieur à 40?	☐ Oui (<u>exclus</u>) ☐ Non (inclus)
Antécédent d'intubation difficile?	☐ Oui (<u>exclus</u>) ☐ Non (inclus)
Histoire d'hyperthermie maligne?	☐ Oui (<u>exclus</u>) ☐ Non (inclus)
Résultat de l'évaluation : ☐ Inclus ☐ Exclus	Raison : _____
Commentaire : _____ _____ _____ _____	

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