

Nom du patient : _____	
N° d'assurance-maladie : _____	
Adresse : _____	
N° de téléphone le jour : _____	
N° de cellulaire : _____	
N° de téléphone à domicile : _____	
Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj)	Médecin de famille : _____
Taille : _____	Chirurgien : _____
Poids : _____	
Qui a rempli le formulaire? Patient <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Nom/lien : _____	
Date (aaaa/mm/jj) : _____	

1. Fumez-vous? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Combien de cigarettes par jour? _____ Combien d'années? _____
2. Avez-vous déjà fumé? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Quand avez-vous cessé? _____
3. Se pourrait-il que vous soyez enceinte? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4. Prenez-vous de la warfarine, du Coumadin, de l'aspirine ou du Plavix ou autre anticoagulant? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous pris de la prednisone, cortisone ou des stéroïdes (sauf des inhalateurs) dans les 12 derniers mois? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LES PROBLÈMES SUIVANTS?**

	OUI	NON		OUI	NON
6. Difficulté à bouger le cou ou à ouvrir la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Points noirs ou pertes de connaissance au cours de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dent avec couronne, dent mobile, dentier ou perçage corporel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. AVC, mini AVC (accidents vasculo-cérébraux), grave faiblesse musculaire ou paralysie d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asthme, bronchite, MPOC, tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Épilepsie, crise (convulsions) ou trouble neurologique grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Êtes-vous sous oxygène à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Maladie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Toux dérangement ou chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Problème de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Essoufflement au repos ou couché sur le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Le diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Apnée du sommeil (arrêt de la respiration pendant le sommeil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Jaunisse, hépatite, SIDA ou problèmes du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Essoufflement après deux étages (paliers) d'escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Arthrite rhumatoïde (non de l'arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.a) Réaction inhabituelle ou grave à toute sorte d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Ecchymose (contusion) ou saignement excessif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cette situation s'applique-t-elle à d'autres membres de votre famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Caillot de sang dans les jambes ou dans les poumons, thrombose veineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nausée ou vomissement après une anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Faible numération globulaire (sang bas), anémie actuelle, ou autres troubles sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Problèmes cardiaques comme souffle au cœur, remplacement valvulaire ou trouble du rythme sérieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Douleur aiguë ou chronique exigeant des médicaments sur ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Angine, crise cardiaque ou endoprothèse cardiaque (stent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Hernie hiatale ou problèmes importants d'acide gastrique ou de brûlement d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Douleur thoracique (poitrine) pendant l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Avez-vous été exposé au SARM ou ERV au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hypertension artérielle (haute tension)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

34. Consommez-vous de l'alcool, du vin ou de la bière? OUI  NON   
 Combien? \_\_\_\_\_ Quelle fréquence? \_\_\_\_\_

35. Utilisez-vous des drogues à usage récréatif? OUI  NON   
 Type \_\_\_\_\_ Quelle fréquence? \_\_\_\_\_

36. Qui vous raccompagnera à la maison et restera avec vous après votre sortie de l'hôpital?  
 Nom/lien : \_\_\_\_\_

37. Indiquez toute maladie majeure (y compris psychologique) ou les interventions chirurgicales (opérations) que vous avez subies : indiquez où et quand vous avez subi ces interventions.  
 \_\_\_\_\_

38. Quand avez-vous été à l'hôpital la dernière fois? \_\_\_\_\_  
 Endroit? \_\_\_\_\_ Pourquoi? \_\_\_\_\_

39. Quand avez-vous eu une anesthésie générale la dernière fois? \_\_\_\_\_  
 Quel hôpital? \_\_\_\_\_

40. Êtes-vous allergique au LATEX? OUI  Réaction : \_\_\_\_\_ NON

41. Avez-vous d'autres allergies? OUI  NON   
 Indiquez toutes les allergies que vous avez (demandez un autre formulaire si vous n'avez pas assez d'espace)

Allergie à :	Réaction :

42. Prenez-vous des médicaments? OUI  NON   
 Indiquez (et apportez avec vous) tous les médicaments que vous prenez, y compris les prescriptions, les herbes médicinales et les médicaments en vente libre. (demandez un autre formulaire si vous n'avez pas assez d'espace ci-dessous) :

MÉDICAMENT	DOSE (mg)	Fréquence	Raison

**A L'USAGE DE L'HÔPITAL SEULEMENT** au dessous de cette ligne :

Dépistage préliminaire revu par \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Consultation d'infirmière: par télé  ou visite à la Clinique

Consultation d'anesthésie requise: OUI  NON

Consultation d'infirmière effectuée par \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Nom Initiales (aaaa/mm/jj)