



RE1287

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__/__/__

Date de naissance : ____/____/____ M F X
Année Mois Jour

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PRÉOPÉRATOIRES

Soins dispensés au: RLS Pierre-Boucher RLS Richelieu-Yamaska RLS Pierre-de Saurel

Si on vous a remis ce questionnaire, c'est qu'une chirurgie a été envisagée suite à votre visite médicale. Ces informations sont essentielles à la planification de votre chirurgie.

Veillez à le compléter au meilleur de vos connaissances et à le remettre à votre médecin. Ce questionnaire peut aussi être acheminé par courriel à l'adresse suivante : _____

Assurez-vous d'avoir acheminé toutes les pages.

Section à remplir par l'utilisateur

Nom :

Prénom :

ADRESSE COURRIEL :

Date de naissance (an/mois/jour) :

Nom de votre médecin ou IPS de famille :

Nom de votre clinique médicale :

Nom de votre pharmacie :

Ville ou numéro de téléphone de votre pharmacie :

Nom du chirurgien :

Chirurgie prévue :

Allergies : Oui Non

Si oui, précisez à quoi vous êtes allergiques et les symptômes :

Taille : _____ cm ou pieds/pouces

Poids : _____ kg ou lbs

Circonférence du cou : _____ cm/pouces *Mesurer sous la pomme d'Adam

Nom : _____ Prénom : _____ N° dossier : _____

Condition médicale					
COEUR		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
1	Avez-vous des antécédents cardiaques (ex. : crise cardiaque, souffle au cœur, angine, blocage, angioplastie, pose de stent, arythmie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Précisez :</i>
2	Avez-vous de l'hypertension ou faites-vous de la haute pression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Prenez-vous des médicaments pour contrôler votre pression artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Ressentez-vous des douleurs à la poitrine ou un essoufflement en montant deux étages d'escalier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Avez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur qui a été implanté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Pourquoi?</i>
6	Prenez-vous de l'aspirine régulièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Prenez-vous des anticoagulants tel que la warfarine, le Coumadin, le Plavix, le dabigatran ou le rivaroxaban, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Avez-vous une valve cardiaque artificielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Avez-vous d'autres problèmes cardiaques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Précisez :</i>
POUMONS		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
10	Avez-vous déjà fumé du tabac? Veuillez indiquer quel produit (ex : cigarettes, cigares, pipes, vapoteuse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Nombre d'années ? Nombre par jour ? Produit ?</i>
11	Avez-vous cessé de fumer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quand ?</i>
12	Avez-vous une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de l'emphysème ou une bronchite chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Avez-vous de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Avez-vous besoin de prendre vos médicaments pour l'asthme plus de deux fois par semaine pour vous sentir mieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>À quelle fréquence?</i>
15	Avez-vous pris des stéroïdes oraux (cortisone/prednisone) au cours des deux derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Précisez :</i>
16	Utilisez-vous des inhalateurs, tels que des pompes ou des aérosols doseurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>À quelle fréquence?</i>
17	Avez-vous de l'oxygène à domicile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Avez-vous des difficultés à vous allonger à plat sur le dos pendant au moins 30 minutes en raison de problèmes respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Avez-vous été hospitalisé en raison d'un essoufflement au cours des 2 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Avez-vous eu une pneumonie au cours des deux derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Faites-vous de l'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Utilisez-vous un appareil (ex : CPAP) pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Avez-vous décidé de ne pas utiliser un appareil la nuit, malgré les recommandations qui vous ont été faites ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Ronflez- vous bruyamment (assez fort pour être entendu à travers des portes fermées ou pour que votre partenaire de lit vous donne des coups de coude parce que vous ronflez la nuit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	Vous sentez-vous souvent fatigué, épuisé ou somnolent pendant la journée (par exemple, vous endormez-vous au volant) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	Est-ce que quelqu'un a remarqué que vous arrêtez de respirer ou étouffez/cherchez désespérément de l'air pendant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



RE1287

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__/__/__

Date de naissance : ____/____/____ M F X
Année Mois Jour

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PRÉOPÉRATOIRES

Soins dispensés au: <input type="checkbox"/> RLS Pierre-Boucher <input type="checkbox"/> RLS Richelieu-Yamaska <input type="checkbox"/> RLS Pierre-de Saurel					
POUMONS (SUITE)		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
27	Souffrez-vous d'autres problèmes respiratoires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROBLÈMES SANGUINS		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
28	Êtes-vous diagnostiqué avec de l'anémie falciforme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	Avez-vous déjà fait de l'anémie (faible concentration d'hémoglobine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	Avez-vous déjà eu une maladie ou un trouble lié au sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	Refusez-vous de recevoir des produits sanguins pour des raisons personnelles ou religieuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	Avez-vous déjà présenté des problèmes de thrombose (ex. : thrombose veineuse, embolie pulmonaire, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel, par exemple un saignement de nez ou une petite coupure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou traumatisme ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	Après une extraction dentaire, avez-vous déjà eu des saignements prolongés nécessitant une consultation médicale/dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il une maladie de la coagulation, comme l'hémophilie ou la maladie de Von Willebrand, qui cause des saignements importants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	POUR LES FEMMES :				
	a) Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes par exemple contraception orale (pilule), traitement par fer, autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom : _____

Prénom : _____

N° dossier : _____

NEUROLOGIE		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
40	Avez-vous déjà eu des problèmes importants de mémoire ou de démence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Précisez :</i>
41	Avez-vous déjà été très confus après une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	Avez-vous déjà eu une maladie qui affecte les muscles et les nerfs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quand ?</i>
43	Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral (AVC ou ACV), ou un accident ischémique transitoire (ICT) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quand ?</i>
44	Avez-vous déjà eu un anévrisme au cerveau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quand ?</i>
45	Avez-vous déjà eu de l'épilepsie ou des convulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Date de la dernière crise?</i>
46	Avez-vous eu des épisodes d'évanouissement au cours de la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANESTHÉSIE		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
47	Avez-vous eu des problèmes graves liés à anesthésie générale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Précisez :</i>
48	Un membre de votre famille (lié par le sang) a-t-il eu des problèmes graves liés à l'anesthésie ? (Exemple hyperthermie maligne ou pseudocholinestérase atypiques?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49	Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche, à bouger la mâchoire ou à incliner le cou de haut en bas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50	Avez-vous déjà eu une intubation difficile lors d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
51	Prenez-vous des médicaments (opiacé) pour soulager de la douleur (ex : codéine, morphine, hydromorphone ou Percocet) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Nom ? Quantité? Fréquence ?</i>
REINS ET GLANDES		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
52	Êtes-vous diabétique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Prise d'insuline</i> <input type="checkbox"/> <i>Médicament contre le diabète</i> <input type="checkbox"/> <i>Contrôle de l'alimentation</i>
53	Avez-vous un problème de la glande thyroïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Mal contrôlé</i> <input type="checkbox"/> <i>Bien contrôlé</i>
54	Avez-vous d'une maladie du rein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55	Avez-vous une infection des voies urinaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56	Suivez-vous un traitement de dialyse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AUTRES CONDITIONS DE SANTÉ		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
57	Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, combien de semaines?</i>
58	Êtes-vous ménopausée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
59	Prenez-vous des hormones pour votre ménopause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60	Avez-vous déjà reçu une greffe d'organe (autre que la cornée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
61	Avez-vous un diagnostic d'arthrite excluant l'arthrose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, laquelle ?</i>
62	Avez-vous d'une maladie auto-immune ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
63	Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quand et quel type</i>
64	Avez-vous déjà reçu de la radiothérapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quand et quel type</i>
65	Avez-vous déjà reçu de la chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quand et quel type</i>



RE1287

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__/__/__

Date de naissance : ____/____/____ M F X
Année Mois Jour

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS PRÉOPÉRATOIRES

Soins dispensés au: <input type="checkbox"/> RLS Pierre-Boucher <input type="checkbox"/> RLS Richelieu-Yamaska <input type="checkbox"/> RLS Pierre-de Saurel					
AUTRES CONDITIONS DE SANTÉ (SUITE)		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
66	Avez-vous reçu d'autres traitements que ceux mentionnés ci-haut pour le cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand et quel type?
67	Avez-vous pris de la cortisone ou prednisone dans la dernière année?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de jour :
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
68	Avez-vous actuellement le rhume, une infection pulmonaire ou de la fièvre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
69	Avez-vous déjà été mis en isolement à cause d'une hospitalisation due à une infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?
70	Êtes-vous porteur du VIH/Hépatite B ou C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
71	Êtes-vous connu ou soupçonné de la maladie Creutzfeld-Jakob ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72	Y a-t-il dans votre famille des antécédents de Maladie de Creutzfeldt-Jakob, du Syndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker ou de l'insomnie fatale familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SÉCURITÉ		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
73	Avez-vous des problèmes auditifs ou un appareil auditif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74	Avez-vous besoin d'une aide technique pour vous déplacer (fauteuil roulant, marchette, canne, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75	Avez-vous des problèmes d'équilibre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
76	Avez-vous fait une chute au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
77	Avez-vous des marches à monter ou à descendre à la maison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALIMENTATION		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
78	Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien par semaine ? Combien par jour ?
79	Consommez-vous du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien ?
80	Consommez-vous de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? Quantité ? Fréquence ?

Nom : _____ Prénom : _____ N° dossier : _____

SANTÉ DIGESTIVE		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
82	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé d'en perdre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel poids avez-vous perdu? _____ <input type="checkbox"/> Kg ou <input type="checkbox"/> Lbs
83	Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins qu'à l'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien par semaine ? Combien par jour ?
84	Avez-vous déjà eu un ulcère d'estomac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
85	Avez-vous du reflux gastrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
86	Avez-vous une hernie hiatale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RETOUR À LA MAISON		OUI	NON	PAS SÛR	COMMENTAIRES
87	Avez-vous une personne qui pourra venir vous chercher après votre chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
88	Avez-vous quelqu'un qui pourra passer la première nuit avec vous à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
89	Avez-vous de l'aide ou des services du CLSC pour vous aider à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
90	Habitez-vous dans une résidence pour aînés ou un établissement avec des soins et services?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
Inscrire les chirurgies que vous avez déjà eues.					Année
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Inscrire les chirurgies dont vous êtes en attente.					Date prévue
1.					
2.					
Avez-vous d'autres maladies, limitations ou préoccupations que nous devrions connaître? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Précisez :					
Qui a rempli le questionnaire?					
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____					
_____		_____		_____	
Nom(s) en lettres moulées		Signature		Date (aaaa/mm/jj)	