

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉOPÉRATOIRE

À compléter par le patient et le médecin

Je désire avoir une chirurgie de la hanche ou du genou Droit et/ou Gauche

Prénom		Nom		Adresse	
Date de naissance année-mois-jour	Sexe	No assurances maladie provincial (exemple: RAMQ)	No téléphone	Courriel	

Médecin de famille

Nom du Médecin de famille	Tél. MD Famille
---------------------------	-----------------

Accompagnateur / Contact en cas d'urgence

Nom, Prénom		Lien de parenté
Téléphone	Courriel	Adresse (si différente)

ALLERGIE ou Intolérance à des médicaments ou des aliments : Si oui, décrire la réaction

Note au Médecin : porter une attention spéciale aux médicaments suivants car le plan de soins devra être modifié:
Pénicilline, Céphalosporines, Vancomycine, Clindamycine, Celecoxib (allergie au sulfamidés), Oxycodone, Hydromorphone, Rivaroxaban

Médicaments

Nom de votre Pharmacie : _____

No téléphone : _____ No fax : _____

Adresse : _____

Veillez nous envoyer une liste à jour de vos médicaments, préparée par votre pharmacien

Gestion habituelle des médicaments à domicile : Pilulier Dispill/Dosett contenants individuels

REVUE DE SANTÉ

Une mauvaise réaction lors d'une opération	Non	Oui
Si Oui, expliquer :		

J'ai reçu une injection dans une de mes articulations dans la dernière année : cortisone, viscosuppléance ou autre. Si oui, remplir :	Non	Oui
Dernier produit reçu :	Date d'injection :	

Je consomme... Si Oui, préciser (quantité et fréquence)			
Tabac	Non	Oui	
Alcool	Non	Oui	
Cannabis	Non	Oui	
Drogue	Non	Oui	

Besoin d'aide à la maison après la chirurgie	Non	Oui
Si Oui, préciser :		

PEAU	OUI	NON	Commentaires
Maladie, éruption ou infection cutanée			
Champignons sur peau ou les ongles			

CARDIOVASCULAIRE	OUI	NON	Commentaires
Hypertension artérielle (haute pression)			
Maladie cardiaque, Infarctus, valve, pontage/stent.			Préciser :
Douleur à la poitrine ou le bras à l'effort.			
Test à l'effort positif (Tapis roulant ou l'équivalent)			
Insuffisance cardiaque / « eau dans les poumons ».			
Œdème ou enflure dans les jambes			
Pacemaker ou défibrillateur cardiaque			Préciser :
Avez-vous déjà consulté un cardiologue?			Nom du cardiologue:
Histoire d'accident vasculaire cérébral (AVC ou ICT)			
Diabète (type 1 ou 2)			
Prise d'insuline			
Avez-vous déjà consulté un endocrinologue?			Nom de l'endocrinologue :
Insuffisance rénale ou maladie rénale			
J'ai consulté un médecin pour les reins?			Nom du néphrologue :

PULMONAIRE	OUI	NON	Commentaires
Diagnostique d'asthme			
Emphysème ou Bronchite chronique (MPOC)			
Avez-vous déjà consulté un pneumologue?			Nom du pneumologue :
Infection respiratoire dans le dernier mois			
Apnée du sommeil			Préciser si vous avez un CPAP :
Somnolence pendant le jour			
Ronflement important pendant sommeil			
Pauses respiratoires pendant sommeil			
<i>Au médecin : faire le Epworth si doute d'une AOS. Facteur de risque : plus de 2/4 réponse oui au STOP; Homme; IMC +35; Mesure du cou + 40 cm; Age + 50 ans; Epworth : /24 Un score de plus de 10 mérite une investigation.</i>			

THROMBO-EMBOLIQUE	OUI	NON	Commentaires
Diagnostic de cancer			Préciser :
Histoire de thrombophlébite (TPP) ou Embolie pulmonaire (EP)			Date :
Histoire de maladie inflammatoire systémique: arthrite rhumatoïde, lupus.			
Insuffisance veineuse importante			
Fibrillation auriculaire (FA) ou une autre arythmie cardiaque			
Valve cardiaque métallique			
Sténose carotidienne ou maladie vasculaire périphérique (ex: jambes)			
Accident vasculaire-cérébral (AVC ou ICT)			Date :

HÉMATOLOGIQUE	OUI	NON	Commentaires
Prise de médicament anticoagulant			
Histoire de saignement majeur			
Saignement du nez récurrent			
Problème de plaquette / globule blanc			
Diagnostique d'anémie			
Maladie hépatique ou cirrhose du foie			
Brûlement d'estomac, reflux, ulcère, gastrite ou hernie hiatale			
HIV / SIDA / Hépatite B ou C			Préciser :

ENDOCRINIEN	OUI	NON	Commentaires
Insuffisance des glandes surrénales			
Prise de corticostéroïde par la bouche: Prednisone, Dexamethasone...			
Problème de Thyroïde: hypo ou hyper thyroidie			
Problème de Parathyroïde ou problème avec le niveau de Calcium dans le sang			
J'ai un changement dans mon poids depuis 6 mois			

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	OUI	NON	Commentaires
Épilepsie ou histoire de convulsions			
Tremblement important ou Parkinson			
Problème de la colonne vertébrale ou de la moelle épinière			
Avez-vous déjà consulté un neurologue?			Nom du neurologue :

UROLOGIQUE	OUI	NON	Commentaires
Avez-vous déjà consulté un urologue?			Nom de l'urologue :
Ma vessie ne se vide pas complètement			
J'urine à tous les 2 à 3 heures			
Mon jet urinaire s'arrête et repart			
Je perds mes urines à l'occasion			
Il y a une basse pression du jet urinaire			
Je dois forcer pour sortir l'urine			
J'urine plus de 2 fois la nuit			
<i>Pour le médecin, si plus de 4 réponses oui, considérer un TR et dosage de l'APS et/ou référer en urologie</i>			

PSYCHOLOGIQUE / PSYCHIATRIQUE	OUI	NON	Commentaires
Diagnostic de dépression			
Diagnostic de maladie bipolaire			
Diagnostic de schizophrénie			
Diagnostic de démence, maladie d'Alzheimer			
Avez-vous déjà consulté un psychiatre?			Nom du psychiatre:
<i>Au médecin : Considéré le questionnaire PHQ9 si doute d'un trouble dépressif actif</i>			

AUTRE PROBLEMES DE SANTÉ NON MENTIONNÉS

Je déclare que les informations transmises à la Clinique Duval sont exactes et entières. Je reconnais que toute erreur, fausse déclaration ou omission pourrait entraîner des conséquences graves sur ma santé et le risque opératoire.

Signature du patient : _____

Date : _____