Questionnaire préopératoire du Nouveau-Brunswick

Nom du patient :	
Numéro d'assurance-maladie :	
Adresse :	
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	
Taille :	Poids :
Médecin de famille :	
Chirurgien :	
Courriel :	
Nº de téléphone le jour ou au travail :	
Numéro de téléphone cellulaire :	
Numéro de téléphone à domicile :	

Formulaire rempli par: Patient ☐ Autre ☐		
Si autre, Nom :	Lien :	Numéro de téléphone :
Date à laquelle le formulaire a été rempli (aaaa-mm-jj) :		Quelqu'un peut-il vous reconduire à la maison? Oui ☐ Non ☐
1. Fumez-vous? Oui ☐ Non ☐	Combien de cigarettes par jour?	Pendant combien d'années avez-vous fumé?
a. Avez-vous déjà fumé? Oui ☐ Non ☐		Quand avez-vous arrêté?
b. Consommez-vous du tabac sous une autre forme? Oui ☐ Non ☐		Vapotez-vous? Oui ☐ Non ☐
2. Consommez-vous de l'alcool, du vin ou de la bière? Oui ☐ Non ☐	Quelle quantité?	À quelle fréquence?
3. Consommez-vous des drogues à usage récréatif? Oui ☐ Non ☐	Type:	À quelle fréquence?
4. Prenez-vous de l'aspirine ou un anticoagulant (Coumadin, Plavix, Pradaxa, Xarelto, Eliquis)? Oui (Encerclez l'appropriee) ☐ Non ☐		
5. Avez-vous pris de la prednisone, de la cortisone ou des stéroïdes au cours des 12 derniers mois? (Ne pas inclure les inhalateurs et les injections intra-articulaires ou orthopédiques.) Oui ☐ Non ☐		
6. Quand avez-vous eu une anesthésie générale pour la dernière fois?		À quel hôpital?
7. Est-il possible que vous soyez enceinte? Oui ☐ Non ☐		Date de vos dernières menstruations :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LES PROBLÈMES SUIVANTS? (encerclez réponse si appropriée)	Oui	Non
8. a) Des restrictions ou de la difficulté pour bouger le cou ou ouvrir la bouche?	☐	☐
b) Vous a-t-on déjà dit que vous étiez difficile à intuber?	☐	☐
9. Dent avec couronne, dent mobile, dentier, prothèse dentaire ou plaques partielles?	☐	☐
10. Asthme, bronchite chronique, MPOC, tuberculose?	☐	☐
11. Recevez-vous de l'oxygène à domicile?	☐	☐
12. Toux dérangeante ou chronique?	☐	☐
13. a) Essoufflement au repos ou couché sur le dos?	☐	☐
b) Pouvez-vous monter jusqu'à deux escaliers sans devoir vous arrêter pour reprendre votre souffle?	☐	☐
14. a) Apnée du sommeil (arrêt de la respiration pendant le sommeil)?	☐	☐
b) Utilisez-vous un appareil de ventilation en PPC (CPAP) ou de pression positive expiratoire à deux niveaux (BiPAP)?	☐	☐
15. a) Réaction grave ou inhabituelle à n'importe quelle anesthésie?	☐	☐
b) Avez-vous des membres de la famille immediate qui ont de graves réactions aux anesthésiques?	☐	☐
c) Souffrez-vous d'hyperthermie maligne ou d'un déficit en pseudocholinestérase?	☐	☐
d) Nausée ou vomissement après une anesthésie?	☐	☐
16. Problèmes cardiaques, p. ex., souffle cardiaque, remplacements valvulaires, stimulateurs cardiaques, défibrillateur ou trouble grave du rythme cardiaque?	☐	☐
17. Angine, crise cardiaque ou endoprothèse cardiaque, pontage coronarien ou chirurgie à cœur ouvert? Douleur thoracique?	☐	☐
18. Hypertension artérielle?	☐	☐
19. Malaise noirs ou pertes de connaissance au cours de la dernière année?	☐	☐

20.	AVC, mini ACV, faiblesse musculaire grave ou paralysie d'une partie du corps?	Oui ☐ Non ☐
21.	Épilepsie, convulsion ou trouble neurologique grave? Oui ☐ Non ☐	Date du dernier convulsion :
22.	a) Maladie du rein? Oui ☐ Non ☐	b) Dialyse? Oui ☐ Non ☐
23.	Diagnostic d'arthrite rhumatoïde (non de l'arthrose)?	Oui ☐ Non ☐
24.	a) Faible numération globulaire actuelle (anémie) ou autres troubles sanguins?	Oui ☐ Non ☐
	b) Transfusion de sang ou transfusion de plaquettes?	Oui ☐ Non ☐
	c) Avez-vous déjà fait un caillot dans les jambes (TVP) ou les poumons (embolie pulmonaire)?	Oui ☐ Non ☐
25.	Diabète? Oui ☐ Non ☐ Type I ☐ Type II ☐	
26.	Douleur chronique? Oui ☐ Non ☐	
27.	Troubles de la glande thyroïde? Oui ☐ Non ☐	
28.	Problèmes importants d'acide gastrique, de brûlures d'estomac ou de hernie hiatale?	Oui ☐ Non ☐
29.	Hépatite, VIH/sida, problèmes du foie, pancréatite ou splénectomie?	Oui ☐ Non ☐
30.	Avez-vous eu ou été exposé au SARM, à l'ERV ou à la BLSE?	Oui ☐ Non ☐

Énumérez toute maladie grave (physique, mentale).

Nommez toutes les opérations chirurgicales que vous avez subies en indiquant l'endroit et la date des interventions.

Année	Raison	Hôpital

Listez toutes les allergies

Allergie	Réaction	Allergie	Réaction

Prenez-vous des médicaments? Oui ☐ si oui, veuillez énumérer ci-dessous Non ☐ Nom de la pharmacie :
Nommez et apportez tous vos médicaments, y compris les médicaments sur ordonnance, les produits naturels, les vitamines, les inhalateurs et les médicaments en vente libre.

Nom du médicament	Dose (mg)	Fréquence	Raison

USAGE HOSPITALIER SEULEMENT en dessous de cette ligne :

Évaluation préliminaire examinée par :	Date:
Consultation de l'infirmière : Par téléphone ☐ Visite en clinique ☐	Discussion avec l'anesthésiste requise : Oui ☐ Non ☐
Consultation de l'infirmière effectuée par : Nom Initiales	Date : (mm/jj/aaaa)
Évaluation préliminaire examinée par :	Date:
Consultation de l'infirmière : Par téléphone ☐ Visite en clinique ☐	Discussion avec l'anesthésiste requise : Oui ☐ Non ☐
Consultation de l'infirmière effectuée par : Nom Initiales	Date : (mm/jj/aaaa)