

**Clinique préopératoire HGW**  
**Auto-évaluation du patient**



whitehorse general hospital  
 hôpital général de whitehorse

**MUST BE FAXED to 393-8951 with all surgical orders**

<b>Nom de famille</b>		<b>TAILLE :</b>
<b>Prénom</b>		<b>POIDS :</b>
<b>Autre prénom</b>		
<b>Date de naissance (jj/mm/aa)</b>		

<b>Avez-vous ou avez-vous eu?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Avez-vous ou avez-vous eu?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<i>Douleurs à la poitrine</i>			<i>Brûlement d'estomac / hernie hiatale (encercler)</i>		
<i>Crise cardiaque</i>			<i>Ulcère d'estomac</i>		
<i>Souffle au coeur</i>			<i>Maladie du foie</i>		
<i>AVC</i>			<i>Maladie des reins</i>		
<i>Hypertension</i>			<i>Diabète</i>		
<i>Poul irrégulier</i>			<i>Maladie de la thyroïde</i>		
<i>Anémie</i>			<i>Problème de coagulation du sang</i>		
<i>Asthme/ bronchite/ emphysème (encercler)</i>			<i>Crises d'épilepsie</i>		
<i>Souffle court lors d'activités normales</i>			<i>Paralysie / faiblesse</i>		
<i>Ronflement</i>			<i>(Poly) arthrite rhumatoïde</i>		
<i>SIDA, hépatite B, hépatite C (encercler)</i>			<i>Arthrose, arthrite d'usure</i>		
<b>Autres problèmes médicaux:</b>					

<b>Est-ce que vous / avez-vous?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Si vous avez arrêté, quand</b>
<i>Fumé du tabac</i>			
<i>Consommé de l'alcool</i>			
<i>Utilisé des drogues de rue</i>			

<b>Avez-vous / avez-vous eu?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Ne sait pas</b>
<i>Des problèmes avec l'anesthésie</i>			
<i>Des membres de votre famille proche avec des problèmes avec l'anesthésie</i>			
<i>Apnée du sommeil, arrêter de respirer en dormant sur le dos, utiliser un appareil de ventilation à pression positive continue CPAP</i>			

<b>Chirurgies antérieures</b>

<b>Nom de famille</b>		Remplir encore SVP
<b>Prénom</b>		
<b>Autre prénom</b>		
<b>Date de naissance (jj/mm/aa)</b>		

*Médicaments que vous prenez régulièrement, incluant vitamines, herbes et suppléments.  
Apportez copie imprimé de votre pharmacie*

<i>Médicament</i>	<i>Posologie</i>	<i>Quand vous le prenez</i>

*Décrivez toute réaction ou allergies sérieuses à des médicaments, aliments, etc.*

<i>Allergies</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Avez-vous une allergie au Latex?</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>

<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pour le contrôle des infections</b>
		<i>Transfer direct ou admission dans un établissement de santé <u>en dehors du Canada</u> pendant les derniers 6 à 12 mois?</i>
		<i>Transféré directement d'un hôpital ou y avoir été hospitalisé pendant plus de 24 heures, incluant les admissions à l'urgence pendant les derniers 6 à 12 mois <u>au Canada</u>?</i>
		<i>Êtes-vous porteur d'une bactérie multi-résistante ou suspecté de l'être? SARM : staphylococcus aureus résistant à la méticilline, ou ERV : entérocoque résistant à la vancomycine</i>
		<i>Dans la dernière année avez-vous été incarcéré, itinérant, sans-abri, SDF. Avez-vous vécu dans un abri ou utilisé des drogues de rue?</i>
		<i>Ceux qui habitent avec vous ont-ils eu régulièrement (derniers 6 mois) des infections de peau qui ne guérissent pas comme : cellulite, blessures, abcès ou furoncles?</i>
		<i>Ceux qui habitent avec vous ont-ils eu régulièrement (derniers 6 mois) des infections ou une colonisation d'une bactérie multi-résistante SARM : staphylococcus aureus résistant à la méticilline</i>
		<i>Habitez-vous dans un centre de soins à long terme comme Copper Ridge, Macaulay Lodge, MacDonald Lodge ou un autre centre de soins continus? Y avez-vous résidé pour un répit dans les derniers 12 mois?</i>
		<i>Avez-vous eu une dialyse ou de la chimiothérapie dans la dernière année?</i>

/

/

Signature de la personne fournissant l'information

Lien avec le patient / la patiente (si applicable)

Date (jj/mm/aa)

En cas d'urgence, contactez:

Numéro: