

QUESTIONNAIRE PRE-OPERATOIRE

NOM DU PATIENT: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

OHIP/ No. Carte Sante: _____

1. Quel âge a votre enfant? _____
2. Quelle est l'intervention chirurgicale que doit subir votre enfant? **DENTAIRE**
3. Est-ce que votre enfant a déjà été admis(e) à l'hôpital? OUI NON JE NE SAIS PAS
4. Est-ce que votre enfant est né(e) prématurément? OUI NON JE NE SAIS PAS
5. Est-ce que votre enfant a déjà eu une anesthésie générale ou subi une intervention chirurgicale? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, ou/quand/pourquoi: _____
6. Est-ce que votre enfant a eu un problème quelconque avec l'anesthésie? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, veuillez expliquer: _____

7. Y a t-il une histoire de famille démontrant des problèmes reliés à l'anesthésie? OUI NON JE NE SAIS PAS
8. Est-ce que votre enfant reçoit présentement des médicaments? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui,

NOM	DATE DU DEBUT	RAISON

9. Est-ce que votre enfant a des allergies, incluant celles aux médicaments? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, (a) Lesquelles? _____
(b) Est-ce que votre enfant a déjà été admis(e) à l'hôpital à cause de cette(ces) allergie(s)? OUI NON JE NE SAIS PAS
10. Est-ce que votre enfant a eu une grippe, un rhume ou une toux au cours des deux dernières semaines? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, (a) Accompagné de fièvre? OUI NON JE NE SAIS PAS
(b) Est-ce que la toux est productrice de mucus? OUI NON JE NE SAIS PAS
(c) Est-ce associé à un écoulement nasal? OUI NON JE NE SAIS PAS
(e) Est-ce associé à une baisse d'activité ou d'appétit? OUI NON JE NE SAIS PAS
11. Est-ce que votre enfant souffre de paralysie cérébrale ou autre trouble neurologique? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, y a-t-il association de: (a) Convulsions? OUI NON JE NE SAIS PAS
(b) Reflux du contenu de l'estomac (gastrique)? OUI NON JE NE SAIS PAS
(c) Récurrence de pneumonie? OUI NON JE NE SAIS PAS
(d) Tendances agressives? OUI NON JE NE SAIS PAS
(e) Difficulté à communiquer? OUI NON JE NE SAIS PAS
12. Est-ce que votre enfant souffre d'asthme? OUI NON JE NE SAIS PAS

-
- Si oui, (a) Reçoit-il (elle) présentement un traitement? OUI NON JE NE SAIS PAS
(b) Est-ce qu'une crise a déjà nécessité une admission à l'unité des soins intensifs? OUI NON JE NE SAIS PAS
(c) Y a-t-il eu plus de deux crises au cours des six derniers mois? OUI NON JE NE SAIS PAS
(d) Est-ce que votre enfant a déjà eu recours à des stéroïdes par la bouche au cours des six derniers mois? OUI NON JE NE SAIS PAS
13. Est-ce que votre enfant souffre d'un problème cardiaque? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, (a) Quelle est la nature de ce problème? _____
(b) Est-ce qu'une intervention chirurgicale est requise? OUI NON JE NE SAIS PAS
Laquelle? _____
(c) Est-ce que votre enfant se fatigue facilement? OUI NON JE NE SAIS PAS
14. Est-ce que votre enfant souffre d'un manque de cellules rouges (anémie)? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, un traitement a-t-il été requis? OUI NON JE NE SAIS PAS
Lequel? _____
15. Est-ce que votre enfant a une maladie musculaire? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, quel est le diagnostic? _____
16. Est-ce que votre enfant a tendance à:
(a) Saigner ou à se faire des bleues? OUI NON JE NE SAIS PAS
(b) Saigner de façon excessive à la suite d'une intervention chirurgicale mineure? OUI NON JE NE SAIS PAS
(c) Y a-t-il une histoire de famille de troubles de saignement? OUI NON JE NE SAIS PAS
17. Est-ce que votre enfant a de la difficulté à effectuer certains mouvements de la tête ou du cou, ou à ouvrir la bouche? OUI NON JE NE SAIS PAS
18. Est-ce que votre enfant souffre d'un problème médical quelconque qui n'aurait pas été discuté dans les questions précédentes? OUI NON JE NE SAIS PAS
Si oui, veuillez préciser: _____
19. Est-ce que votre enfant fume? OUI NON JE NE SAIS PAS
20. Est-ce que vous avez des questions ou inquiétudes spécifiques face à l'anesthésie pour lesquelles une discussion avec un anesthésiste serait souhaitée? OUI NON JE NE SAIS PAS

Questions: _____

Signature: _____ Date: _____

Téléphone: _____ (maison) _____ (travail)