**Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Questionnaire 1ère Consultation**

**Âge :**  **Occupation :**

**Référée par :**

**Comment avez-vous entendu parler de nous ?**

**En quelques mots, quelles sont vos plaintes principales ou problèmes associés à votre physique ?**

**Nous autorisez-vous à demander votre profil pharmacologique à votre pharmacie ?**

 Oui Non *Signature :*

Coordonnées de votre pharmacie (nom et rue) :

**Nous autorisez-vous à consulter votre dossier médical sur le DSQ ?**

 Oui Non *Signature :*

Nom de votre médecin de famille :

Lieu où il pratique : Date dernier RDV :

**PRODUITS NATURELS / HORMONES ?**

**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ?** *(Diabète, hypertension, cardiaque, pulmonaire, saignement, etc.)*

**ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ?** *(Esthétique ou non)*

**TRAITEMENTS COSMÉTIQUES ?** *(Botox, agent de comblement, laser, dermabrasion, etc.)*

**PRÉCISION DE L’INFIRMIÈRE :**

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE**

**Numéro d’assurance maladie du Québec** :

**Âge :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexe :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Poids** **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Taille :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IMC :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLERGIES ?** *(Antibiotique, Latex, Diachylon, Iode, etc.)*  **Oui Non**

**INTOLÉRANCES MÉDICAMENTEUSES ?**  **Oui Non**

**CHIRURGIES ANTÉRIEURES ? Oui Non** **ANESTHÉSIE GÉNÉRALE?**  **Oui Non**

**AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES AVEC LA CHIRURGIE OU L’ANESTHÉSIE ? Oui Non**

**DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE ONT-ILS PRÉSENTÉ DES RÉACTIONS GRAVES À UNE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU À UNE HYPERTHERMIE MALIGNE ? Oui Non**

|  |
| --- |
| **MÉDICATION ACTUELLE :** (incluant insuline, aérosol, médicaments en vente libre, produits naturels, suppléments nutritifs, etc.) |
| **Médicaments** | **Posologie** | **Médicaments** | **Posologie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PRENEZ-VOUS RÉGULIÈREMENT DES MÉDICAMENTS / POMPES / INJECTIONS PRESCRITS? Oui Non**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 **Médicaments pour ‘’Éclaicir le sang’’** **Lequel :**

 **Raison :** **Spécialiste :**

 **Contraceptifs** *(oral, stérilet, Nuvaring, etc.)* **Type :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Habitudes de vie** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Tabagisme |  |  |  Combien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ jour  Cessé depuis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Alcool |  |  |  Occasionnel  Combien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/jour  Cessé depuis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Drogues ou Narcotiques |  |  | Types : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Occasionnelle  Combien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ jour  |
| **Habitudes de vie *(suite)*** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Activités physiques / Sports |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nbr de fois/semaine : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Facilement essoufflé(e) |  |  | Précisez suite à quoi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Êtes-vous en processus de perte de poids? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous perdu du poids au cours des 3 derniers mois de façon **involontaire**? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre de grossesse (s) passée (s) |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Est-ce qu’il y a des possibilités que vous soyez enceinte? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous allaité ? |  |  | Durée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **L’Appareil Visuel** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Yeux secs |  |  |  Gouttes : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Problème oculaire / visuel (*Glaucome, hypertension oculaire, etc*.) |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vision / Verre de contact / Lentilles |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà passé un champ visuel ? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Antécédent(s) de chirurgie oculaire |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Êtes-vous en attente d’une chirurgie oculaire ? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Système Cardiaque** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Avez-vous déjà passé un électrocardiogramme (ECG) ? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hypertension artérielle (haute pression)*Depuis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  Suivi par Md. Médication : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Problème cardiaque *(Angine, Infarctus / crise cardiaque, mal formation congénitale, etc.)* |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Votre spécialiste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Êtes-vous porteur d’un pacemaker? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de la dernière vérification : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà eu une dilatation avec ou sans tuteurs? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Système Hématologique** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Avez-vous des problèmes d’anémie? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Présentez-vous des anomalies de la coagulation? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Saignement excessif(Vous ou un membre de votre famille) |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà reçu une transfusion ou d’autres produits sanguins? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Acceptez-vous les transfusions sanguines si nécessaire ? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Système Pulmonaire** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Problème pulmonaire *(MPOC, Asthme, Pneumonie, Bronchite…)* |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Apnée du sommeil** |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Si oui, avez-vous un CPAP?* |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Système Digestif** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Prothèse dentaire, implant, facette, couronnes, etc. |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous des dents qui branlent ou prothèse dentaire amovible? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous des brûlements d’estomac ou reflux gastrique? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous des problèmes d’estomac, de foie ou d’intestin? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà eu des problèmes d’ulcère ou d’hémorragie digestive? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Êtes-vous porteur d’une stomie? |  |  |  |
| **Système Endocrinien** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous pris de la cortisone plus de 2 semaines dans la dernière année? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hypoglycémie |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Diabète |  |  |  Type 1 Type 2 Médication : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Prenez-vous de l’insuline?* |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Système Neurologique** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Tendance à Choc Vagal ou Chute de Tension |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà fait un accident vasculaire cérébrale (AVC) ou un AIT ou une paralysie? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà eu des problèmes neurologiques tel qu’une paralysie, épilepsie, perte de conscience, faiblesse d’un membre ou autre ? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous des problèmes de concentration ou de mémoire? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Problème neurologique ou psychiatrique |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Système Rénal** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins (infections, pierres, insuffisance rénale ou autre)? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Système Rénal *(suite)*** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Présentement, avez-vous des brûlements ou douleur lorsque vous urinez? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà eu des traitements d’hémodialyse? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Souffrez-vous d’incontinence? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Système Musculosquelettique** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Anciens accidents au dos ou à la colonne, qui vous empêche de bouger le cou ou à ouvrir la bouche? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous des problèmes d’arthrose, d’arthrite ou de dystrophie musculaire? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Antécédents Personnels** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Feux sauvages ou Histoire d’Herpès |  |  |  |
| Êtes-vous porteur d’une bactérie multi-résistante SARM ou ERV? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Maladies Transmissibles par le sang |  |  |  Hépatite \_\_\_ VIH Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hospitalisation dans la dernière année |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Histoire de mauvaise cicatrice |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà eu un cancer? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous déjà eu une greffe? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous des problèmes auditifs? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avez-vous besoin d’aide pour l’hygiène? |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Autres maladies connues |  |  | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Particularités des Seins** | **OUI** | **NON** | **Précisions, détails, dates, etc.** |
| Taille de soutien-gorge et du bonnet |  |  |  Tour (32, 34…) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bonnet (A, B, …) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Antécédent de maladie du sein |  |  |  Kyste Cancer Biopsie PolypePrécisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Antécédent familial de cancer du sein |  |  | Lien familial : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Âge au moment du diagnostic : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mammographie passée  |  |  | Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si implants mammaires : |  |  |  Volume :  Salins ou Silicone :  Chirurgien : Date de l’implantation :  Compagnie ou Numéro de série |
| Si vous voulez des implants ou de nouveaux implants, quel volume aimeriez-vous environ ? |  |  |  Diminuer le volume, de combien :  Augmenter le volume, de combien :  Idée de bonnet désiré : |

**Est-ce qu’il y a autre chose dont vous aimeriez nous informer ?**

**Signature patient Date**

**Signature de l’infirmière Date**

|  |
| --- |
| **Personnes ressources en cas d’urgence** |
| **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |