



Date : _____

Questionnaire 1^{ère} 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 :



LES PLASTICIENS
MAISON DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE



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 MALIGNNE ? Oui Non

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

MÉDICATION ACTUELLE : (incluant insuline, aérosol, médicaments en vente libre, produits naturels, suppléments nutritifs, etc.)

Médicaments	Posologie	Médicaments	Posologie

Médicaments pour "Éclaircir le sang" Lequel : _____

Raison : _____ Spécialiste : _____

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

Habitudes de vie	OUI	NON	Précisions, détails, dates, etc.
Tabagisme			<input type="checkbox"/> Combien : _____ / jour <input type="checkbox"/> Cessé depuis : _____
Alcool			<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Combien : _____ / jour <input type="checkbox"/> Cessé depuis : _____
Drogues ou Narcotiques			Types : _____ <input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Combien : _____ / jour



LES PLASTICIENS

MAISON DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

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			<input type="checkbox"/> Gouttes : _____
Problème oculaire / visuel (<i>Glaucome, hypertension oculaire, etc.</i>)			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) <i>Depuis : _____</i>			<input type="checkbox"/> Suivi par Md. <input type="checkbox"/> Médication : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
Problème cardiaque (<i>Angine, Infarctus / crise cardiaque, mal formation congénitale, etc.</i>)			Précisez : _____ <input type="checkbox"/> 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 : _____ _____



LES PLASTICIENS

MAISON DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Système Pulmonaire	OUI	NON	Précisions, détails, dates, etc.
Problème pulmonaire (MPOC, Asthme, Pneumonie, Bronchite...)			Précisez : _____ _____
Apnée du sommeil			Précisez : _____
<i>Si oui, avez-vous un CPAP?</i>			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			<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> Médication : _____
<i>Prenez-vous de l'insuline?</i>			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 cérébral (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			<input type="checkbox"/> Hépatite ___ <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> Tour (32, 34...) : _____ <input type="checkbox"/> Bonnet (A, B, ...) : _____
Antécédent de maladie du sein			<input type="checkbox"/> Kyste <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Polype Précisez : _____
Antécédent familial de cancer du sein			Lien familial : _____ Âge au moment du diagnostic : _____
Mammographie passée			Date : _____
Si implants mammaires :			<input type="checkbox"/> Volume : <input type="checkbox"/> Salins ou Silicone : <input type="checkbox"/> Chirurgical : <input type="checkbox"/> Date de l'implantation : <input type="checkbox"/> Compagnie ou Numéro de série
Si vous voulez des implants ou de nouveaux implants, quel volume aimeriez-vous environ ?			<input type="checkbox"/> Diminuer le volume, de combien : <input type="checkbox"/> Augmenter le volume, de combien : <input type="checkbox"/> Idée de bonnet désiré :



LES PLASTICIENS

MAISON DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

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 : _____