



Nom complet : _____

Date de naissance : _____

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 :



COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE

Section réservée à l'infirmière				
Nom du chirurgien : _____				
Chirurgie proposée : _____				
Âge : _____	Sexe : _____	Poids : _____	Taille : _____	IMC : _____

Numéro d'assurance maladie du Québec : _____

Poids : _____ Taille : _____

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

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" Oui Non **Spécialiste :** _____

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

Antécédents personnels	OUI	NON	Précisions, détails, dates, etc.
Problème oculaire / visuel (Glaucome, etc.)			Précisez : _____
Vision / Lentilles			Précisez : _____
Yeux secs / Gouttes			Précisez : _____
Tabagisme, <i>Depuis quand :</i> _____			Combien : ___/jour Cessé depuis : _____



LES PLASTICIENS

MAISON DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Antécédents personnels	OUI	NON	Précisions, détails, dates, etc.
Alcool <i>Prenez-vous plus de 3 verres par jours</i>			<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Combien : ___/jour <input type="checkbox"/> Cessé : _____
Drogues ou Narcotiques			Types : _____ Consommation : <input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Régulière ___/jour
Feux sauvages ou Histoire d'Herpès			Précisez : _____
Êtes-vous en processus de perte de poids?			Précisez : _____
Avez-vous perdu du poids au cours des 3 derniers mois de façon involontaire?			Précisez : _____
Activités physiques / Sports			Précisez : _____ Nbr de fois/semaine : _____
Facilement essoufflé(e)			Précisez suite à quoi : _____
Asthme, Bronchite ou l'emphysème <i>Depuis : _____</i>			Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Médication
Grossesse(s)			Précisez : _____
Est-ce qu'il y a des possibilités que vous soyez enceinte?			Précisez : _____
Hypertension artérielle (haute pression) <i>Depuis : _____</i>			<input type="checkbox"/> Suivi par Md. <input type="checkbox"/> Médication : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
Prothèse dentaire, implant, facette, couronnes, etc.			Précisez : _____
Avez-vous des dents qui branlent ou prothèse dentaire amovible?			Précisez : _____
Hospitalisation dans la dernière année			Motif : _____
Des membres de votre famille ont-ils présenté des réactions grave à une l'anesthésie générale ou d'hyperthermie maligne?			Précisez : _____
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 des dilatations/tuteurs?			Précisez : _____
Avez-vous déjà passé un électrocardiogramme?			Précisez : _____
Saignement excessif (Vous ou un membre de votre famille)			Précisez : _____
Avez-vous des problèmes d'anémie?			Précisez : _____
Présentez-vous des anomalies de la coagulation?			Précisez : _____
Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire?			Précisez : _____
Problème pulmonaire <i>(MPOC, Pneumonie...)</i>			Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Médication
Apnée du sommeil			Précisez : _____
<i>Si oui, avez-vous un CPAP?</i>			
Diabète, Hypoglycémie, épilepsie			Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Médication
<i>Prenez-vous de l'insuline?</i>			



LES PLASTICIENS

MAISON DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Antécédents personnels	OUI	NON	Précisions, détails, dates, etc.
Avez-vous déjà fait un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une paralysie?			Précisez : _____
Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde?			Précisez : _____
Avez-vous pris de la cortisone pendant plus de 2 semaines dans la dernière année?			Précisez : _____
Tendance à Choc Vagal ou Chute de Tension			Précisez : _____
Maladies Transmissibles par le sang			<input type="checkbox"/> Hépatite ___ <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Autre : _____
Êtes-vous porteur d'une bactérie multi-résistante SARM ou ERV?			Précisez : _____
Histoire de mauvaise cicatrice			Site : _____ Date : _____
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 : _____
Antécédent de maladie du sein			<input type="checkbox"/> Kyste <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Polype
Antécédent familial de cancer du sein			Lien familial : _____ Âge au moment du diagnostic : _____
Mammographie passée			Date : _____
Problème neurologique ou psychiatrique			Précisez : _____
Avez-vous des problèmes de concentration ou de mémoire?			Précisez : _____
Autres maladies connues			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 : _____
Avez-vous des brûlements d'estomac ou reflux gastrique?			Précisez : _____
Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos reins (infections, pierres, insuffisance rénale ou autre)?			Précisez : _____
Avez-vous déjà eu des traitements d'hémodialyse?			Précisez : _____
Présentement, avez-vous des brûlements ou douleur lorsque vous urinez?			Précisez : _____
Avez-vous déjà reçu une transfusion ou d'autres produits sanguins?			Précisez : _____



LES PLASTICIENS

MAISON DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Antécédents personnels	OUI	NON	Précisions, détails, dates, etc.
En cas d'absolue nécessité, refuseriez-vous une transfusion sanguine?			Précisez : _____
Avez-vous déjà eu un cancer?			Précisez : _____
Avez-vous déjà eu une greffe?			Précisez : _____
Avez-vous des problèmes auditifs?			Précisez : _____
Souffrez-vous d'incontinence?			Précisez : _____
Êtes-vous porteur d'une stomie?			Précisez : _____
Avez-vous besoin d'aide pour l'hygiène?			Précisez : _____

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

Signature patient

Infirmière

Date

Personnes ressources en cas d'urgence

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____