

# ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX QUESTIONNAIRE

Vous pouvez remplir ce questionnaire avec l'aide de votre médecin généraliste (si nécessaire).

Espace prévu pour l'**étiquette d'identification**  
(celle-ci vous est remise lors de l'admission)

Ce **questionnaire** a été élaboré pour mieux connaître votre état de santé avant votre **admission** afin que nous puissions vous administrer un **traitement et des soins** optimaux. Ces informations sont évidemment traitées **de manière confidentielle**.

## ÉTAT DE SANTÉ général

Avez-vous un pacemaker ?  Oui  Non

Si oui, depuis le ..... / ..... / .....

(veuillez apporter la fiche d'identification du pacemaker)

Avez-vous un défibrillateur ?  Oui  Non

Portez-vous un appareil auditif ?  Oui  Non

Portez-vous des lentilles de contact ?  Oui  Non

Portez-vous une prothèse dentaire (dentier) ?  Oui  Non

Avez-vous des implants, des couronnes ou un bridge ?  Oui  Non

Avez-vous des dents endommagées ou déchaussées ?  Oui  Non

Avez-vous des piercings ?  Oui  Non

Si oui, à quel(s) endroit(s) ? .....

Êtes-vous actuellement enrhumé(e) ?  Oui  Non

Avez-vous de la fièvre ?  Oui  Non

Souffrez-vous d'une maladie contagieuse (VIH/Hépatite A, B, C/...) ?

Oui  Non  SARM

Si oui, laquelle ? .....

**Avez-vous déjà été OPÉRÉ(E) ?**  Oui  Non

Si oui, quand ?

mois/année      quel type d'opération ?

..... / .....

..... / .....

..... / .....

..... / .....

..... / .....

**Des PROBLÈMES** sont-ils survenus lors de ces opérations ?

Nausée, vomissements ?  Oui  Non

D'autres problèmes ? .....

Souffrez-vous facilement du **mal des transports** ?  Oui  Non

L'un de vos proches a-t-il eu des problèmes pendant une opération ?  Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

## TOLÉRANCE À L'EFFORT

Êtes-vous encore capable de monter 2 étages d'escalier ?

Oui  Non

Si non, pourquoi ?

fatigue/essoufflement rapide

douleur articulaire ou musculaire (arthrose ou similaire)

**Une MALADIE CARDIAQUE OU VASCULAIRE VOUS A-T-ELLE ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉE ?**  Oui  Non

Si oui, laquelle ? .....

Dans des circonstances normales, votre tension artérielle est de

..... / .....

inconnue

Êtes-vous traité(e) par un cardiologue ?

Si oui, nom du cardiologue : Dr .....

.....

Non

**Souffrez-vous de TROUBLES RESPIRATOIRES ?**  Oui  Non

(Respiration sifflante, rhume des foins, asthme ou bronchite chronique)

Si oui, lesquels ? .....

Avez-vous recours à l'oxygénothérapie ?  Oui  Non

Si oui, à quel débit ? ..... lO<sub>2</sub>/min

Utilisez-vous un appareil CPAP nasal ?  Oui  Non

**Souffrez-vous de troubles HÉPATIQUES, BILIAIRES OU PANCRÉATIQUES ?**

Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

Êtes-vous diabétique ?  Oui  Non

**Souffrez-vous de TROUBLES DIGESTIFS ou GASTRIQUES ?**

Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

Avez-vous un anneau gastrique ?  Oui  Non

Avez-vous déjà subi une opération à l'estomac ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ? .....

Souffrez-vous d'acidité gastrique ?  Oui  Non

**Avez-vous (déjà eu) une maladie du SYSTÈME LOCOMOTEUR ?**

Oui  Non Si oui, laquelle ? .....

Souffrez-vous de douleurs à la nuque ?  Oui  Non

Si oui, la douleur irradie-t-elle également dans le(s) bras ?

Oui  Non

Souffrez-vous de maux de dos ?  Oui  Non

Si oui, la douleur irradie-t-elle également dans la/les jambe(s) ?

Oui  Non

Avez-vous déjà suivi un traitement contre le rhumatisme ou l'arthrite ?

Oui  Non

Si oui, quand ? .....

**Souffrez-vous d'une MALADIE URINAIRE ou RÉNALE ?**

Oui  Non

Si oui, laquelle ? .....

**Une maladie DU SYSTÈME NERVEUX VOUS A-T-ELLE ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉE ?**  Oui  Non

Si oui, laquelle ? .....

Avez-vous un neurostimulateur ?  Oui  Non

Souffrez-vous d'épilepsie ?  Oui  Non

**Souffrez-vous de troubles de LA COAGULATION SANGUINE ?**

Oui  Non

Souffrez-vous d'une maladie de la coagulation sanguine ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ? .....

Avez-vous facilement des bleus ou des saignements de nez spontanés ?

Oui  Non

**Souffrez-vous actuellement de DOULEURS ?**  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? .....

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous actuellement la douleur, sachant que 10 est la valeur d'intensité de la douleur la plus élevée : .....

(conformément à l'échelle validée NRS, action sur la base d'un programme de soins et/ou d'un ordre permanent ou d'une prescription médicale)

Avez-vous une pompe à morphine ?  Oui  Non

**Souhaitez-vous mentionner D'AUTRES PARTICULARITÉS ?**

Ce questionnaire a été dûment complété :

seul(e)  avec l'aide de la famille

avec l'aide du médecin généraliste  autre : .....

Date de remplissage du questionnaire : ..... / ..... / .....

Signature

**Pour l'infirmier(ière) d'admission**

le questionnaire a été parcouru dans son intégralité avec le patient

Date : ..... / ..... / .....

Nom de l'infirmier(ière) (en toutes lettres) : .....