



CNM24008

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

COLLECTE D'INFORMATIONS PRÉOPÉRATOIRES

Afin d'éviter de retarder votre chirurgie, veuillez retourner ce formulaire complété dans un délai de 48 heures.

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
5400 boulevard Gouin Ouest
Montréal (Québec) H4J 1C5
Porte de l'UAMI G-1105, local G-1175

collectepreop.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

COMPLÉTÉE LE : AAAA/MM/JJ

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Nom : _____

Prénom : _____

N° assurance maladie : _____ Date d'expiration : AAAA/MM

Adresse courriel où l'on peut faire parvenir certains documents : _____

Âge : _____ Sexe : F M

Langues parlées : Français Anglais Autres : _____

Si requis, nom de l'interprète : _____ Tél. : _____

Nom de votre médecin de famille : _____ Tél. : _____

Êtes-vous allé aux urgences ou avez-vous été hospitalisé au cours des 6 derniers mois? Non Oui

Si oui, indiquer le nom de l'hôpital et la raison de l'hospitalisation :

Nom de l'hôpital : _____

Raison : _____



CNM24008

DATE (AAAA-MM-JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NON

OUI

1	Avez-vous eu une ou des chirurgies dans le passé? Si oui, lesquelles? _____	Quelle année : _____			
	_____	Quelle année : _____			
	_____	Quelle année : _____			
	2	Avez-vous des allergies/intolérances (médicaments, aliments, saisonnières)?			
		Allergie : _____	Réactions : _____		
Allergie : _____		Réactions : _____			
3	Prenez-vous des produits naturels ou des suppléments ou des médicaments non prescrits? Si oui, lesquelles? _____				

4	Prenez-vous des médicaments prescrits? Si oui, joindre votre liste de médicaments.				
	Nom de votre pharmacie : _____ Tél. : _____				
	J'autorise ma pharmacie à télécopier mon profil pharmaceutique (liste des médicaments) à la clinique du bilan opératoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.				
	Nom : _____ Signature : _____				
5	Utilisez-vous une dosette ou un dispill?				

6	Avez-vous déjà eu des antécédents de nausées ou de vomissements après une chirurgie?				
	Souffrez-vous du mal des transports?				
7	Êtes-vous une femme <input type="checkbox"/> Enceinte <input type="checkbox"/> Qui allaite <input type="checkbox"/> Post-Partum				

ANESTHÉSIE

NON

OUI

8	Avez-vous déjà eu une anesthésie générale ou locale (endormi ou engourdi)?			
	Si oui, l'anesthésiste, vous a-t-il déjà dit que vous étiez difficile à intuber?			
9	Avez-vous déjà eu, vous ou un membre de votre famille, des problèmes avec l'anesthésie?			
	Si oui lesquels : _____			
10	Avez-vous des problèmes de mobilité du cou ou à ouvrir la bouche?			
11	Avez-vous déjà eu des traitements de radiothérapie dans la région du cou ou du visage?			
12	Avez-vous des limitations cervicales?			



CNM24008

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

COLLECTE D'INFORMATIONS PRÉOPÉRATOIRE

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

CARDIOLOGIE		NON	OUI
13	Avez-vous un médecin spécialiste pour votre cœur (cardiologue)? Nom : _____ tél : _____		
14	Souffrez-vous de problèmes d'hypertension artérielle (haute pression)?		
15	Avez-vous des problèmes cardiaques : <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque gauche/droite <input type="checkbox"/> Œdème aigu du poumon (eau sur les poumons) <input type="checkbox"/> Malformation congénitale <input type="checkbox"/> Maladie des valves cardiaques <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque <input type="checkbox"/> Autre : _____		
16	Avez-vous déjà eu : <input type="checkbox"/> Pontage coronarien <input type="checkbox"/> Dilatation avec ou sans installation de tuteur (STENT)? <input type="checkbox"/> Remplacement de valve cardiaque, quand a-t-elle été vérifiée pour la dernière fois? _____ <input type="checkbox"/> Défibrillateur (pacemaker), quand a-t-il été vérifié pour la dernière fois? _____		
17	Lors de vos activités ou au repos, ressentez-vous des douleurs au niveau de votre poitrine?		
18	Êtes-vous essoufflé ou étourdi de façon anormale ou au moindre effort?		
19	Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'une ischémie cérébrale transitoire (ICT)?		
20	Prenez-vous actuellement des anticoagulants? <input type="checkbox"/> Coumadin ^{md} <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Autre : _____		
21	Prenez-vous des antiplaquettaires? <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Autre : _____		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

DATE (AAAA-MM-JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

ENDOCRINOLOGIE

NON

OUI

22 Avez-vous un médecin spécialiste pour vos symptômes endocriniens (endocrinologue)?
Nom : _____ tél : _____

23 Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde?
 Hypothyroïdie Hyperthyroïdie

24 Êtes-vous diabétique? Type 1 Type 2
Précisez le traitement : Diète Hypoglycémiant (comprimé) Insuline

25 Avez-vous un trouble endocrinien majeur?
 Insuffisance surrénalienne/cushing Hypopituitarisme Hyperaldostéronémie
 Autre : _____

26 Avez-vous pris dans les 6 derniers mois de la cortisone (Prednisone) en comprimé pour plus de 2 semaines ou reçu un traitement intraveineux de cortisone?

RESPIRATOIRE

NON

OUI

27 Avez-vous un spécialiste pour vos poumons? (pneumologue)
Nom _____ tél : _____

28 Avez-vous des problèmes respiratoires?
 Asthme Bronchite chronique Emphysème
 Autre : _____
À quand remonte votre dernière crise : _____

29 Utilisez-vous des inhalateurs (pompes)?
 Pompe au besoin Pompe tous les jours

30 Avez-vous un trouble d'apnée du sommeil?

31 Utilisez-vous un CPAP (appareil pour dormir)?

32 Ronflez-vous de façon assez forte pour que l'on vous entende dans une autre pièce?

33 Est-ce que quelqu'un vous a déjà dit que vous arrêtiez de respirer durant votre sommeil?

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

COLLECTE D'INFORMATIONS PRÉOPÉRATOIRE

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

RÉNAL/UROLOGIE		NON	OUI
34	Avez-vous un spécialiste pour vos reins (néphrologue ou urologue) Nom : _____ tél : _____		
35	Avez-vous un problème avec vos reins? <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Insuffisance chronique <input type="checkbox"/> Calcul rénal (pierre aux reins) <input type="checkbox"/> Autre : _____		
36	Avez-vous des traitements d'hémodialyse? Si oui, précisez votre horaire de traitement : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Samedi <input type="checkbox"/> Dimanche À quel endroit : _____ Tél. : _____		
GASTRO-INTESTINAL		NON	OUI
37	Avez-vous un médecin spécialiste pour vos symptômes digestifs (gastro-entérologue)? Nom : _____ tél : _____		
38	Avez-vous des problèmes d'estomac, de foie ou d'intestin? <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> Cirrhose du foie <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse, quand a été votre dernière crise? _____ <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn, quand a été votre dernière crise? _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____		
39	Avez-vous un problème de reflux gastrique?		
MALADIE INFLAMMATOIRE/IMMUNITAIRE		NON	OUI
40	Souffrez-vous : <input type="checkbox"/> Arthrite inflammatoire <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> Arthrite psoriasique <input type="checkbox"/> Spondylite ankylosante <input type="checkbox"/> Sclérodémie <input type="checkbox"/> Lupus érythémateux disséminé <input type="checkbox"/> Vasculite <input type="checkbox"/> Collagénose <input type="checkbox"/> Artérite temporale <input type="checkbox"/> Autre : _____		
41	Avez-vous un déficit immunitaire connu?		
42	Avez-vous déjà eu une greffe d'organe ? (ex. : foie, rein) Si oui, quel organe : _____		
NEUROLOGIE		NON	OUI
43	Avez-vous un médecin spécialiste pour vos problèmes neurologiques (neurologue)? Nom : _____ Tél : _____		
44	Souffrez-vous d'une maladie neurologique ou neuromusculaire? <input type="checkbox"/> Épilepsie : à quand remonte votre dernière crise : _____ <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Myasthénie grave <input type="checkbox"/> Maladie de Steinert <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Autre : _____		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

DATE (AAAA-MM-JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

HÉMATOLOGIE

NON

OUI

45 Avez-vous un spécialiste pour votre sang (hématologue)?
 Nom : _____ tél : _____

Êtes-vous ou avez-vous déjà été suivi par un oncologue?
 Nom : _____ tél : _____

46 Avez-vous une maladie hématologique?
 Leucémie Syndrome myélodysplasique Thrombophilie Anémie
 Falciforme Autre : _____

47 Avez-vous une maladie hémorragique? (Facteurs VIII, Von Willebrand, etc.)

48 Êtes-vous porteur : Hépatite VIH

49 Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire? (caillots de sang aux jambes ou aux poumons)
 À la suite d'une chirurgie ou Dû à un autre problème de santé

50 Avez-vous déjà eu des saignements anormaux lors de :
 Visites chez le dentiste Blessures mineures Chirurgie Lors de brossage de dents

51 Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang ou d'autres types de produits sanguins (plasma, plaquette, albumine)?
 Si oui, pourquoi : _____
 Avez-vous eu une réaction? Si oui, laquelle : _____

CONDITION PSYCHOLOGIQUE

NON

OUI

52 Êtes-vous suivi par un spécialiste en santé mentale : Psychiatre Psychologue
 Nom : _____ tél : _____

53 Souffrez-vous d'un des troubles suivants?
 Troubles dépressifs Troubles anxieux
 Troubles bipolaires Spectre de la Schizophrénie Autre : _____

54 De façon générale, vous sentez-vous stressé, anxieux ou sujet à des crises de panique?

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

COLLECTE D'INFORMATIONS PRÉOPÉRATOIRE

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

HABITUDES DE CONSOMMATION		NON	OUI
55	Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes par jour? _____ Depuis quel âge? _____ Avez-vous déjà pensé arrêter de fumer? ----- Si vous avez arrêté, depuis quand? _____		
	56	Consommez-vous de l'alcool? Si oui, combien de consommation par semaine : _____ ----- Avez-vous déjà pensé arrêter de consommer?	
57	Consommez-vous : <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Narcotiques <input type="checkbox"/> Méthadone : <input type="checkbox"/> Pour soulage votre douleur ou <input type="checkbox"/> Pour traiter votre dépendance <input type="checkbox"/> Autre drogue : _____ Si oui, combien de consommation par semaine : _____ ----- Avez-vous déjà pensé arrêter de consommer?		
	DOULEUR		NON
58	Avez-vous de la douleur? Si oui, de quel type de douleur souffrez-vous : <input type="checkbox"/> Douleur aiguë <input type="checkbox"/> Douleur chronique <input type="checkbox"/> Cancéreuse À quel endroit se situe votre douleur : _____ Qui prend soin de votre douleur? <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste de la douleur		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

DATE (AAAA-MM-JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

VOTRE CONDITION DE SANTÉ HABITUELLE

AUTONOMIE/MOBILITÉ		NON	OUI
59	Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour marcher à l'intérieur?		
60	À la maison, avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour vous lever du lit?		
61	Utilisez-vous un accessoire d'aide à la marche? Si oui, lequel : <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Orthèse <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/> Autre : _____		
	Êtes-vous habile à l'utiliser?		
62	À la maison, avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour manger?		
63	À la maison, avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour vous rendre à la toilette?		
64	À la maison, utilisez-vous de l'équipement pour aller à la toilette? <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Bassine <input type="checkbox"/> Urinal		
65	À la maison, avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour vous laver? Si oui, quelle aide avez-vous? <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant(s) <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Autre : _____		
66	Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour vous brosser les dents?		
67	Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour vous habiller?		
68	Avez-vous de la difficulté à faire certains mouvements? Lesquels : _____		
69	Êtes-vous tombé au cours de la dernière année? Nombre de fois : _____ Circonstances : _____		
70	Avez-vous réduit vos activités par peur de tomber?		
INTÉGRITÉ/PEAU		NON	OUI
71	Avez-vous des plaies ou blessures non guéries?		
72	Êtes-vous porteurs de tatouage, d'implant, de piercing, de prothèse articulaire, d'appareil orthodontique ou tout autre objet métallique?		
73	Faites-vous de l'insuffisance veineuse?		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

COLLECTE D'INFORMATIONS PRÉOPÉRATOIRE

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

NUTRITION/HYDRATATION		NON	OUI
74	Avez-vous besoin d'aide pour préparer vos repas?		
75	Avez-vous des dentiers (prothèses dentaires)? <input type="checkbox"/> Supérieur : <input type="checkbox"/> Complet / <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Inférieur : <input type="checkbox"/> Complet / <input type="checkbox"/> Partiel		
76	Avez-vous une alimentation ou diète particulière? Si oui, nommez-la?		
77	Toussez-vous après avoir bu ou mangé?		
78	Avez-vous de la difficulté ou de la douleur lorsque vous avalez?		
79	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids? * (Si vous avez repris du poids par la suite, vous cochez non) <input type="checkbox"/> Plus de 5 lbs <input type="checkbox"/> Plus de 10 lbs		
	Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude? * Raisons :		
ÉLIMINATION		NON	OUI
80	Avez-vous de la difficulté à retenir vos urines? <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours		
81	Vous levez-vous la nuit pour uriner?		
82	Avez-vous de la difficulté ou de la douleur quand vous urinez?		
83	Êtes-vous porteur d'une sonde?		
84	Êtes-vous porteur d'une stomie?		
	Si oui, êtes-vous autonome pour les soins de votre stomie ?		
85	Avez-vous de la difficulté à retenir vos selles? <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours		
86	À la maison, utilisez-vous une protection contre l'incontinence? <input type="checkbox"/> Coussinet (pad) <input type="checkbox"/> Culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> Culotte d'entraînement <input type="checkbox"/> Protège-dessous <input type="checkbox"/> Autre :		
87	Souffrez-vous de constipation? <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours Moyens utilisés : _____		
88	Avez-vous des selles liquides? <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours		
89	À quelle fréquence allez-vous à la selle habituellement? <input type="checkbox"/> Tous les jours ou combien de fois par semaine : _____		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

DATE (AAAA-MM-JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

ÉTAT COGNITIF/COMPORTEMENT/COMMUNICATION		NON	OUI
90	Avez-vous un problème de vision? <input type="checkbox"/> Lunette <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes (verres de contact) <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Autre : _____		
91	Avez-vous de la difficulté à entendre?		
92	Avez-vous un appareil auditif? <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite ----- Est-ce que vous portez votre appareil?		
93	Êtes-vous connu pour : <input type="checkbox"/> Difficulté de mémoire <input type="checkbox"/> Difficulté de compréhension <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Trouble de comportement <input type="checkbox"/> Délirium <input type="checkbox"/> Démence		
94	Avez-vous de la difficulté à parler?		
95	Avez-vous subi un traumatisme crânien récent?		
96	Avez-vous des épisodes de confusion?		
SOMMEIL		NON	OUI
97	Avez-vous de la difficulté à dormir?		
98	Avez-vous de la difficulté à vous endormir?		
99	Combien d'heures de sommeil dormez-vous habituellement? Quel est votre horaire habituel de sommeil : _____		
100	Est-ce que vous vous réveillez souvent la nuit?		
101	Faites-vous des siestes?		
102	Prenez-vous des médicaments pour vous aider à dormir? <input type="checkbox"/> Chaque soir <input type="checkbox"/> Quelques soirs/semaine Lesquels : _____		
103	Utilisez-vous d'autres moyens ou des habitudes qui vous aident à dormir? (ex. 2 oreillers) Lesquels : _____ _____		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

COLLECTE D'INFORMATIONS PRÉOPÉRATOIRE

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

PLANIFICATION DE VOTRE RETOUR À LA MAISON		NON	OUI
104	Habitez-vous avec quelqu'un? Si oui, avec qui? <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Enfant(s) <input type="checkbox"/> Autre : _____		
	Qui est la personne désignée pour venir vous chercher au moment requis à l'annonce de votre congé? Nom : _____ Tél. : _____ Quel est votre lien avec cette personne : _____		
	Quel sera votre moyen de transport pour votre retour à la maison? <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Transport en commun		
	Au congé de l'hôpital où prévoyez-vous aller? <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Autre, préciser l'adresse : _____ Code postal : _____ Tél. : _____		
105	La personne qui habite avec vous a-t-elle la capacité de vous aider lors de votre retour à la maison? Si non, avez-vous quelqu'un qui pourrait vous aider? <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		
	Si requis, une personne peut-elle habiter avec vous durant les premières 24 heures après votre retour à la maison? Nom : _____ Tél. : _____		
106	En planification de votre retour à la maison, indiquez votre type de résidence : <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Condominium <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Résidence Si résidence : <input type="checkbox"/> Avec service de soins <input type="checkbox"/> Sans service de soins Nom de la résidence : _____ Tél. : _____ À quel étage habitez-vous? _____ Nombre de marches intérieures : _____ Nombre de marches extérieures : _____ <input type="checkbox"/> Pas d'ascenseur <input type="checkbox"/> Avec ascenseur		
	Est-ce que votre salle de bain et votre chambre sont sur le même étage?		
	Recevez-vous régulièrement de soutien pour vous aider à la maison? Si oui, de qui? <input type="checkbox"/> Famille / amis <input type="checkbox"/> Organisme, lequel : _____ <input type="checkbox"/> CLSC- Nom : _____ De quel soutien ou service s'agit-il? <input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Courses Épicerie, pharmacie, commerce) <input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Autre :		
108	Avez-vous d'autres problèmes de santé qui n'ont pas été mentionnés dans ce formulaire? _____ _____		

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge



CNM24008

DATE (AAAA-MM-JJ)	N° DOSSIER
NOM :	PRÉNOM :

AVEZ-VOUS SUBI LES EXAMENS SUIVANTS DEPUIS LES 5 DERNIÈRES ANNÉES?

Examens	Non	Oui	Si oui à quel endroit	
Épreuve d'effort sur tapis roulant				Si oui: Veuillez SVP <u>apporter avec vous une copie de vos résultats</u> lors de votre rendez-vous avec l'infirmière.
Échocardiographie				
MIBI (médecine nucléaire)				
Coronarographie				

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

AVEZ-VOUS SUBI UN Test de fonction respiratoire DEPUIS LES 3 DERNIERS MOIS?	Non	Oui	Si oui à quel endroit	Si oui:
				Veuillez SVP <u>apporter avec vous une copie de vos résultats</u> lors de votre rendez-vous avec l'infirmière.

À ne pas oublier :

- lors de votre rendez-vous avec l'infirmière :
 - amener une copie de vos résultats d'examens ci-haut demandés
 - amener votre profil de médicaments à jour provenant de votre pharmacie communautaire
 - si vous êtes diabétique, amenez, si possible, votre registre de glycémie capillaire des 3 derniers mois
- Si vous recevez des soins ou services du CLSC, veuillez les aviser de votre chirurgie future (donner la date si vous l'avez).

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge