



Demographic Label

HISTOIRE PRÉOPÉRATOIRE DESTINÉ AU PATIENT

Nom:	Allergies	Taille	Poids
Age:			
Operation déjà subies/hospitalisations précédente :			
Pharmacie que vous utilisez: Liste de médicaments: Sur ordonnance, en vente libre, suppléments a base d'herbes médicinales, suppléments, onguents, gouttes, - attacher la liste			

Médicaments	Posologie	Fréquences

Antécédents?	Oui	Non	Antécédents?	Oui	Non	Antécédents?	Oui	Non
Crise cardiaque			Asthme			Maladie du foie		
Stimulateur cardiaque			Apnée du sommeil			Problèmes urinaires		
Insuffisance cardiaque			machine CPAP			Maladie de la glande thyroïde		
Accident vasculaire cérébral			Maladie pulmonaire obstructive chronique			Epilepsie, convulsions		
Battements de coeur irrégulier			Diabète			Cancer		
Douleurs thoracique			Hypertension			Radiation/Chimiothérapie		
Liquide dans les poumons/pieds et chevilles enflés			Maladie des reins			Cortisone/Steroides		
Évanouissement/étourdissements			Hépatite			Anémie		
Éssoufflement			Drépanocytose			Troubles sanguins		
Avez vous déjà eu une anesthésie?								
Hyperthermie maligne?								
Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez eu une réaction au produits anesthétique?								
Fumez-vous ou avez-vous fumé des cigarettes récemment? Si oui, combine de paquets par jours? Pendant combien d'années?								
Prenez-vous de la Marijuana/huile de CBD? Combien par jour? Pendant combien d'années?								
Consommation d'alcool? Si oui, combine par jours?								
Prenez vous des anticoagulants? Si oui, pourquoi?								
Pour femmes: Risques de grossesse?								
Avez-vous déjà eu des transfusions sanguines? Si oui, quand: _____ Ou: _____ réactions: _____								
Autres conditions médicales: _____								
FOR STAFF USE:								
T: _____ P: _____ R: _____			BP: _____			O ₂ Sat: _____		
Height: _____ (cm)			Weight: _____ (kg)			BMI: _____		

Date: _____

Signature: _____



HDOETH