



Double identité vérifiée

Date de naissance Année Mois Jour		N° de dossier
N° d'assurance maladie		
Nom à la naissance		Prénom
Adresse		
Ville	Code postal	N° de téléphone
Nom de la mère		Prénom de la mère
Nom du père		Prénom du père

INSTALLATION : _____

QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE

COVID-19

(À JUMELER À LA REQUÊTE OPÉRATOIRE)

DATE (année/mois/jour)	LIEU DU DÉPISTAGE	TEST COVID-19	
		<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif
		<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif
		<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif
		<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif

Date :
(an/mois/jour)

Clinique privée/ externes	CPC (préadmission)		CPC (préadmission) 72 h préopératoire		Jour de la chirurgie/ intervention	
	O	N	O	N	O	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTÔMES (14 derniers jours)

Fièvre > 38°C buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux récente ou augmentation de toux chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés respiratoires, douleur thoracique, dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un symptôme général comme: douleurs musculaires (généralisées et non liées à un effort physique), céphalée inhabituelle, fatigue intense ou importante perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausée, vomissements ou diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPOSITION À RISQUE (14 derniers jours)

A été en contact dans la même pièce pendant plus grand ou égal dix (10) minutes (cumulées) et à moins de deux mètres d'un cas confirmé (usager ou travailleur) ou d'un cas sous investigation (usager), sans protection appropriée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu un contact direct avec des liquides biologiques infectieux COVID sans protection appropriée (Spécimen de laboratoire, expectorations, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vit sous le même toit qu'une personne suspecte ou confirmée COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est visé par une situation signalée par la santé publique (ex. provient d'un milieu ou unité en éclosion COVID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation récente hors région, dans une région à haut risque, à forte endémicité. Précisez le lieu d'hospitalisation : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit observer une quarantaine (autre que l'isolement volontaire préopératoire) sur recommandation de la santé publique (ex. retour de voyage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit ou devra être placé en isolement préventif lors de son hospitalisation malgré un résultat de test COVID négatif selon les recommandations en vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Initiales : (remplir le bloc de signature au verso)							

FDCU-CH-002

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

S : Symptôme(s) Indiquer « oui » dès la présence d'un symptôme. Dans le cas contraire, indiquer « non »	E : Exposition Indiquer « oui » dès la présence d'un facteur d'exposition. Dans le cas contraire, indiquer « non ».
---	---

À compléter par : **Chirurgien/Médecin traitant**

Initiales : _____

CLINIQUE PRIVÉE OU CLINIQUE EXTERNE	RÉSULTAT ÉVALUATION : S : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON E : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Symptôme(s) NON Exposition NON	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement à domicile 14 jours avant la chirurgie. • Demandez un test COVID 48 h préopératoire.
Symptôme(s) NON Exposition OUI	<ul style="list-style-type: none"> • Date de la dernière exposition (année/mois/jour) : _____ • Isolement à domicile 14 jours avant la chirurgie. • Demandez un test COVID 48 h préopératoire.
Symptôme(s) OUI Exposition OUI/NON	<ul style="list-style-type: none"> • Date de début des symptômes (année/mois/jour) : _____ • Isolement à domicile 14 jours avant la chirurgie. • Demandez un test COVID.

À compléter par : **Personnel infirmier** (clinique préparatoire à la chirurgie (CPC) et à l'admission (CPA))

Initiales : _____

CPC (PRÉADMISSION)	RÉSULTAT ÉVALUATION : S : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON E : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Symptôme(s) NON Exposition NON	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement à domicile 14 jours avant la chirurgie. • Demandez un test COVID 48 h préopératoire.
Symptôme(s) NON Exposition OUI	<ul style="list-style-type: none"> • Date de la dernière exposition (année/mois/jour) : _____ • Isolement à domicile 14 jours avant la chirurgie. • Aviser le chirurgien si chirurgie moins d'un mois (possibilité de reporter la chirurgie) • Demandez un test COVID 48 h préopératoire.
Symptôme(s) OUI Exposition OUI/NON	<ul style="list-style-type: none"> • Date de début des symptômes (année/mois/jour) : _____ • Isolement à domicile 14 jours avant la chirurgie. • Aviser le chirurgien si chirurgie moins d'un mois (possibilité de reporter la chirurgie) • Demandez un test COVID.

À compléter par : **Chirurgien**

Initiales : _____

Personnel infirmier - Chirurgie d'un jour (CDJ) ou électroconvulsivothérapie (ECT)

Initiales : _____

LE JOUR DE LA CHIRURGIE/INTERVENTION	RÉSULTAT ÉVALUATION : S : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON E : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Symptôme(s) NON Exposition NON	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun isolement nécessaire. • Considérez faire un test rapide COVID si non fait 48 h préopératoire.
Symptôme(s) NON Exposition OUI	<ul style="list-style-type: none"> • Date de la dernière exposition (année/mois/jour) : _____ • Précaution « gouttelettes/contact/oculaire » • Aviser le chirurgien si exposition moins de 14 jours (possibilité de reporter la chirurgie). • Considérez faire un test rapide COVID si non fait 48 h préopératoire
Symptôme(s) OUI Exposition OUI/NON	<ul style="list-style-type: none"> • Date de début des symptômes (année/mois/jour) : _____ • Précaution « gouttelettes/contact/oculaire » • Aviser le chirurgien (possibilité de reporter la chirurgie) • Faites un test COVID.

INITIALES	Signature du professionnel	Nom en caractère d'imprimerie	Titre d'emploi et n° permis