

Double identité vérifiée

|                        |      |             |                   |                 |  |
|------------------------|------|-------------|-------------------|-----------------|--|
| Date de naissance      |      |             | N° de dossier     |                 |  |
| Année                  | Mois | Jour        |                   |                 |  |
| 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<br>(année/mois/jour)                             | LIEU DU DÉPISTAGE | TEST COVID-19                    |                                  |
|---|-------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|   |                   | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif |
| <input type="checkbox"/> Pas de test COVID nécessaire |                   |                                  |                                  |

Date :  
(an/mois/jour)

|                     |  |
|---------------------|--|
| État de vaccination | <input type="checkbox"/> Complète :  |
|                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Adulte n'ayant pas fait d'épisode de COVID : primovaccination complète suivie d'une dose de rappel</u></li> <li>• <u>Adulte ayant fait un épisode de COVID : Primovaccination complète.</u></li> </ul> <p><u>N.B. Primovaccination complète = Deux doses de vaccin homologué ou trois doses chez les usagers immunosupprimés ou dialysés</u></p> |
|                     | <input type="checkbox"/> Incomplète  |

| CPC (préadmission)       | CPC (préadmission)<br>72 h préopératoire | Jour de la chirurgie/<br>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"/> |

### SYMPTÔMES (10 derniers jours)

| <input type="checkbox"/> Usager 0 à 5 ans   |  | <input type="checkbox"/> Usager 6 ans et plus  |  | O                        |                          | N                        |                          |
|---|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |  |  |  | O                        | N                        | O                        | N                        |
| Fièvre rectale plus grande ou égale à (≥) 38,5 °C (101,3 °F)  |  | Fièvre buccale plus grande ou égale à (≥) 38,1 °C (100,6 °F)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essoufflement ou difficultés à respirer   |  | Essoufflement ou difficultés à respirer  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toux nouvelle ou aggravée   |  | Toux récente ou augmentation d'une toux chronique  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal de gorge <b>ET</b> fièvre (température rectale plus grande ou égale à (≥) 38,1 °C (100,6 °F)                                    |  | Perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs abdominales, vomissements ou diarrhées <b>ET</b> fièvre (température rectale plus grande ou égale à (≥) 38,1 °C (100,6 °F) |  | Mal de gorge   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nez qui coule ou congestion nasale de cause inconnue <b>ET</b> un symptôme ci-dessus.   |  | Deux (2) des symptômes suivants : Douleurs musculaires (généralisées et non liées à un effort physique), perte d'appétit importante, céphalée inhabituelle, fatigue intense, diarrhée, douleurs abdominales, nausée ou vomissements. |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### EXPOSITION À RISQUE

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Êtes-vous actuellement atteint de la COVID-19?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été atteint de la COVID-19? Si oui, date :  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous en attente d'un résultat de test à la COVID-19?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été hospitalisé sur une unité en éclosion dans les 10 derniers jours?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été en contact à moins de 2 mètres, sans port du masque, au-delà de 10 minutes avec des personnes ayant été déclarées positives à la COVID-19 dans les 10 derniers jours? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Initiales :   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

| INITIALES | Signature du professionnel | Nom en caractère d'imprimerie | Titre d'emploi et no de permis |
|-----------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
|           |                            |                               |                                |
|           |                            |                               |                                |
|           |                            |                               |                                |