Clinique d'anesthésie AGM inc.

100 Chemin Rockland, suite 145, Ville Mont-Royal, Qc H3P 2V9 • 514-955-6787

EXAMEN EN VUE DE L'ANESTHÉSIE - PRE ANAESTHESIA EXAMINATION

NOM: _____ PRÉNOM: _____
NAME: SURNAME:

ADRESSE: _____ VILLE: _____ CODE POSTAL: _____
ADDRESS: TOWN: POSTAL CODE:

TELEPHONE, RÉSIDENCE: (____) _____ AUTRE: (____) _____
HOME: CODE OTHER: CODE

DATE DE NAISSANCE: _____ SEXE: _____ TAILLE: _____ POIDS: _____
DATE OF BIRTH: SEX: HEIGHT: WEIGHT:

NO. D'ASSURANCE MALADIE: _____ EXP.: _____
QUEBEC HEALTH INSURANCE NUMBER:

RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS: / ANSWER ALL QUESTIONS:

	oui-yes	non-no
1. Avez-vous été hospitalisé depuis 2 ans? Have you been hospitalized in the past 2 years?	○	◉
Si oui, pourquoi? If so, why? _____		
2. Avez-vous été sous les soins d'un médecin depuis 2 ans? Have you been treated by a physician in the last 2 years?	○	◉
Si oui, pourquoi? If so, why? _____		
3. Avez-vous pris des médicaments récemment? Have you taken medication recently?	◉	○
Si oui, lesquels? If so, which one(s)? _____		
4. Êtes-vous allergique à la pénicilline ou à d'autres médicaments? Are you allergic to penicillin or other medications?	○	◉
Si oui, lesquels? If so, which one(s)? _____		
5. Avez-vous déjà saigné de façon anormale? Have you bleeding problems?	◉	○
Si oui, expliquez If so, explain _____		

6. Cochez les maladies que vous avez eues:
Have you suffered from any of the followings:

☐ maladies cardiaques cardiac illness	☐ asthme asthma	☐ arthrite arthritis
☐ malformation cardiaque cardiac malformation	☐ maladies pulmonaires pulmanory problems	☐ hémorragie cérébrale cerebral haemorrhage
☐ souffle cardiac murmur	☐ diabète diabetes	☐ épilepsie epilepsy
☐ hypertension artérielle high blood pressure	☐ tuberculose tuberculosis	☐ troubles psychiâtriques psychiatric problems
☐ anémie anemia	☐ hépatie hepatitis	☐ autisme autism
☐ fièvre rhumatismale rheumatic fever	☐ jaunisse jaundice	☐ dyslexie-dysphasie-TED dyslexia-dysphasia-TED

	oui-yes	non-no
7. Avez-vous déjà eu d'autres maladies graves? Have you ever had other serious illnesses?	○	◉
Si oui, lesquels? If so, which one(s)? _____		
8. Êtes-vous porteur de maladies actuellement? Do you have any illness presently?	◉	○
9. Portez-vous une prothèse dentaire? Do you wear dentures?	○	◉
10. Portez-vous des verres de contact? Do you wear contact lenses?	◉	○
11. Qui doit vous escorter à la maison aujourd'hui? Who is escorting you home?		
Nom / Name: _____		
12 a) Avez-vous déjà été anesthésié ? Have you ever been anaesthetized?	○	◉
b) Nature de la chirugie: Type of surgery: _____		
c) Y a-t-il eu des complications? Were there complications?	◉	○
d) Si oui, lesquelles? If so, which one(s)? _____		
13. Avez-vous été informé des conditions du jeûne? Have you been informed of fasting conditions?	○	◉

SIGNATURE DU PATIENT OU PARENT RESPONSABLE:
SIGNATURE OF PATIENT OR RESPONSIBLE PARENT:

X _____

Vérifié par: _____ Date: _____

REMPLIR LORSQU'IL Y A ANESTHÉSIE

Je consens à ce que, à l'occasion de soins dentaires, l'anesthésie qui s'avère la plus appropriée me soit administrée par un médecin anesthésiste. Je reconnais avoir été informé(e) de la nature et des risques ou effets de cette anesthésie. J'émets cependant les restrictions suivantes:

TO BE COMPLETED IN CASE OF ANESTHESIA

For the dental treatments, I consent to receive the most appropriate anesthetic to be administered to me by a physician anaesthesiologist. I have been informed of the prodedure and the nature of risks involved with anaesthesia. However, I make the following reservation(s):

_____ _____

X _____
Malade ou garant
Patient or guarantor

Date

Témoin à la signature
Witness to signature

X _____
Signature du médecin responsable de l'anesthésie
Signature of physician assuming responsability for anesthesia

Date