

**Informations personnelles (TOUTES LES LIGNES SONT OBLIGATOIRES)**

Nom complet \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 RAMQ \_\_\_\_\_ Exp : \_\_\_\_\_ Sexe / Genre \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Poids (kg) \_\_\_\_\_ Taille (cm) \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_ Téléphone (joignable entre 7h30 et 15h30) \_\_\_\_\_

**Suivi médical (TOUTES LES LIGNES SONT OBLIGATOIRES)**

- Mon enfant est suivi par un professionnel de la santé : Oui [ ] Non [ ]
  - Si oui, veuillez indiquer le(s) nom(s) et spécialité(s) : \_\_\_\_\_
- Mon enfant prend des médicaments (injection, comprimé, sirop, pompe) régulièrement en ce moment: Oui [ ] Non [ ]
  - Si oui, veuillez préciser lesquels : \_\_\_\_\_
- Mon enfant a des allergies (médicaments, nourriture, etc) : Oui [ ] Non [ ]
  - Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_
- Mon enfant a déjà eu une anesthésie générale ou une chirurgie: Oui [ ] Non [ ]
  - Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
- Il y a eu des graves OU très mauvaises réactions familiales à l'anesthésie : Oui [ ] **CONSULT SI OUI** Non [ ]
  - Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_
- L'autorité parentale ne sera pas présente au rendez-vous de l'enfant (DPJ ou non): Oui [ ] Non [ ]

**Cochez la case appropriée pour chaque condition et mettre commentaires si nécessaire  
(TOUTES LES LIGNES SONT OBLIGATOIRES)**

Condition	Oui, actif et/ou sous traitement	Oui, passé/résolu et/ou pas de traitement actif	Non / Jamais
Autisme-TED NON VERBAL	[ ]	[ ]	[ ]
Autisme-TED VERBAL	[ ]	[ ]	[ ]
Anxiété sévère AVEC comportements violents	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Maladie psychiatrique SANS comportements violents	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Épilepsie (traitement requis)	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Maladie neurologique (paralysie, neuropathie, masse...)	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Maladie sanguine ou anémie familiale (falciforme, auto-immune, thalassémie sévère...)	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Saignement anormal (sous médicament ou visite à l'urgence)	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Immunosuppression (chimiothérapie, greffe, etc)	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Maladie cardiaque (malformation, arythmie, valve...)	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Maladie pulmonaire chronique (asthme sous médicament ou pompe régulier, fibrose kystique...)	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Maladie endocrinienne (diabète, hypothyroïdie...)	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]
Apnée du sommeil <i>prouvée ou en investigation</i>	[ ] <b>CONSULT</b>	[ ]	[ ]

Commentaires (mettre ici le nom du ou des syndromes si pertinent) : \_\_\_\_\_

**\*\*\* SI UN ÉLÉMENT DANS LES CASES « CONSULT », UNE CONSULTATION EST NÉCESSAIRE :**

- A) **VOUS DEVEZ CONTACTER LES PROFESSIONNELS QUI FONT LE SUIVI ET OBTENIR DES RÉSUMÉS DE DOSSIER.**
- B) **LES PARENTS/ LES PATIENTS AVEC UN SUIVI EN DEHORS DU QUÉBEC DOIVENT FOURNIR LE DOSSIER À AGM**
- C) **LES PARENTS DOIVENT FOURNIR UN MOYEN DE LES REJOINDRE ENTRE 7H30 ET 15H30**
- D) **ENVOYER LE TOUT À L'ADRESSE [CONSULTATION@CLINIQUEAGM.INFO](mailto:CONSULTATION@CLINIQUEAGM.INFO) \*\*\***

Je consens qu'à l'occasion de soins dentaires, l'anesthésie qui s'avère la plus appropriée me soit administrée par un anesthésiologiste de la Clinique d'anesthésie AGM. Je reconnais avoir été informé(e) que les informations collectées serviront à assurer une anesthésie sécuritaire pour mon enfant. Je reconnais que je rencontrerai l'équipe d'anesthésie au moment de mon rendez-vous à la clinique AGM et qu'on m'informera à ce moment de la nature et des risques ou des effets de cette anesthésie. J'accepte que la prise en charge se fasse de manière collaborative et sécuritaire à la Clinique d'anesthésie AGM.

Patient / Parent / représentant : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Professionnel de la santé ayant révisé le questionnaire \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_