Timmins and District Hospital
L'Hôpital de Timmins et du district

Demographic Label

PRE-OPERATIVE PATIENT HISTORY

Name: **Age:**	**Allergies**	**Height**	**Weight**
Previous surgeries/Past hospitalizations:			
Name of pharmacy you use: **List of medications: prescription, non-prescription, Herbals, ointments, supplements, eye drops, puffers-Please attach list**			

Medication	**Dosage**	**How often**

Do you have a history of?	**Yes**	**No**	**Do you have a history of?**	**Yes**	**No**	**Do you have a history of?**	**Yes**	**No**
Heart Attack			Asthma			Liver Disease		
Pacemaker			Sleep Apnea			Urinary Issues		
Congestive Heart Failure			With CPAP			Thyroid Disease		
Stroke			COPD			Epilepsy/seizures		
Irregular Heartbeat			Diabetes			Cancer		
Chest pain At rest/on exertion			High Blood Pressure			Radiation/Chemotherapy		
Fluid in lungs or swollen ankles/feet			Kidney Problems			Cortisone/Steroid Use oral/IV		
Fainting or dizziness			Hepatitis			Anemia		
Shortness of breath			Sickle Cell Disease			History of blood clotting disorder		

	Yes	No
Have you had an anesthetic before?		
Is there a personal of family history of malignant hyperthermia?		
Is there a personal of family history of allergies or unfavorable reaction to anesthesia?		
Do you smoke tobacco? How much per day? How many years?		
Do you take Marijuana/CBD? How much per day? How many years?		
Any alcohol intake? If so how many per day?		
Are you taking any blood thinners? If so, why?		
For women: Is there a possibility that you might be pregnant?		
Have you ever had a blood transfusion? If so, when: Where: reactions:		

Other medical conditions:

FOR STAFF USE:

T:_____ P:_____ R:_____ BP:_____ O_2 Sat:_____

Height:_____(cm) Weight:_____(kg) BMI_____

Date:_____ **Signature:_____**

HDOTH

Timmins and District Hospital
L'Hôpital de Timmins et du district

Demographic Label

HISTOIRE PRÉOPERATOIRE DESTINÉ AU PATIENT

Nom: **Age:**	**Allergies**	**Taille**	**Poids**
Operation déjà subies/hospitalisations précédente :			
Pharmacie que vous utilisez: Liste de medicaments: 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 throracique			Hypertension			Radiation/Chimiothérapie		
Liquide dans les poumons/pieds et chevilles enflés			Maladie des reins			Cortisone/Steroïdes		
Évanouissement/étourdissements			Hépatite			Anémie		
Éssoufflement			Drépanocytose			Troubles sanguins		
Avez vous déjà eu une anesthésie?								
Hyperthermie maligne?								
Est-ce que vous ou un member 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'alcohol? 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:_____ _____**