

Information sur le patient

Identifiant		Age	
Prénom		IMC	
Nom de famille			
Date de naissance*			
Taille (cm)*			
Poids (kg)*			
Sexe			
Enceinte?			

Chirurgie

Procédure	
Type*	
Durée du séjour*	
Date prévue	
Chirurgien	

Maladies (par défaut, aucune maladie)

Maladie cardiaque ou vasculaire	
Hypertension artérielle	
Maladie du poumon	
Diabète	
Maladie du foie	
Maladie du rein	
Maladie du système nerveux	
Maladie affectant le système immunitaire	
Cancer (traité dans les 3 dernières années)	
Autre maladie chronique	
Pas de maladie connue	

Autre information

Fumeur*

Questions liées au COVID-19

- *1. Avez-vous déjà été testé pour le COVID-19?
 *Si oui, à quelle date? *Résultat
- *2. Une personne diagnostiquée positive au COVID-19 au cours des 2 derniers mois vit-elle avec vous?
- *3. A votre connaissance, avez-vous été en contact avec une personne positive au COVID-19 dans les 2 jours avant l'apparition des symptômes, dans les 7 jours après l'apparition des symptômes ou dans les 3 jours suivant la fin des symptômes?
4. Présentez-vous actuellement l'un des symptômes suivants? (par défaut, aucun symptôme)
- | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Fièvre (38° ou plus) | <input type="text"/> | Maux de tête | <input type="text"/> |
| Toux | <input type="text"/> | Frissons | <input type="text"/> |
| Respiration difficile, essoufflement | <input type="text"/> | Diarrhée | <input type="text"/> |
| Douleur dans la poitrine | <input type="text"/> | Nausée | <input type="text"/> |
| Fatigue | <input type="text"/> | Nez qui coule | <input type="text"/> |
| Douleur musculaire | <input type="text"/> | Perte du goût ou de l'odorat | <input type="text"/> |
| Gorge irritée | <input type="text"/> | Aucun des symptômes mentionnés | <input type="text"/> |
| Étourdissements | <input type="text"/> | | |
- *5. Êtes-vous un professionnel de la santé?
- *6. Vivez-vous avec une personne de plus de 65 ans, atteinte d'une maladie chronique, qui peut être à risque de COVID-19?

Compréhension des risques / Information du patient

Le patient comprend qu'une évolution de ses symptômes / résultats cliniques peut retarder la date de sa chirurgie

Le patient accepte de subir un dépistage préopératoire supplémentaire de COVID-19

Le patient comprend que ses soins sont organisés selon les règles sanitaires en vigueur

Le patient comprend que malgré toutes les mesures préventives, le risque d'infection par COVID-19 ne peut pas être exclu à 100% pendant la chirurgie / l'hospitalisation et accepte l'intervention chirurgicale

Résumé

Age	Incomplet
Chirurgie	Incomplet
Comorbidités / Risques	Incomplet
COVID-19	Incomplet
Information du patient	Incomplet

Recommandations

Priorité	Données incomplètes
Planification	Données incomplètes
Dépistage préopératoire	Données incomplètes

