

Étiquette patient / Patient ID

SOINS AMBULATOIRES / AMBULATORY CARE

CLINIQUE D'ÉVALUATION EN ARTHROPLASTIE / TOTAL JOINT ASSESSMENT CLINIC

Histoire médicale (English on the reverse side)

Le patient a fourni un consentement éclairé pour participer à cette évaluation

Sexe : M F Âge: _____ Allergies: Oui _____ Non

Domicile : Maison Appartement Escaliers Demeure avec : _____

Emploi : _____ Fumeur : Oui _____ Non Alcool : Oui _____ Non

Marijuana : Oui _____ Non

Antécédents médicaux Oui / Non

Oui / Non

Maladie du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pression artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de saignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker/Défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caillots/AVC/mini-AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme/Prob. respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réaction suite à une anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPAP/apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Complication après chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes de prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite/jaunisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usage de stéroïdes/cortisone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes rénaux/Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condition de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise/perte de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Autres problèmes de santé : _____

Chirurgies précédentes

Procédure(s)	Date(s)	Procédure(s)	Dates(s)
Hospitalisation dans les dix dernières années		Dates(s)	

Nom du médicament/Dose/Fréquence

Signature/Titre : _____ Date : _____ (jj-mm-aaaa)

Nom du thérapeute (lettres moulées) : _____



5100180 (02_19)

Étiquette patient / Patient ID

**SOINS AMBULATOIRES / AMBULATORY CARE
CLINIQUE D'ÉVALUATION EN ARTHROPLASTIE / TOTAL JOINT ASSESSMENT CLINIC**

Medical History (Français au devant de la feuille)

Patient provided informed consent to participate in assessment

Sex: M F Age: _____ Allergies: Yes _____ No

Housing: House Apartment Stairs Lives with: _____

Occupation: _____ Smoker: Yes _____ No Alcohol: Yes _____ No

Cannabis : Yes _____ No

Past Health	Yes / No		Yes / No
Heart Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blood Pressure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bleeding Disorders	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pacemaker/Defibrillator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blood Clots/Stroke/TIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
High Cholesterol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blood Transfusion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asthma/Respiratory	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Issues with Anesthetic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CPAP/sleep apnea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Complication after Surgery	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prostate Problems	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hepatitis/Jaundice	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Steroid Use/Cortisone	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kidney Problems/Dialysis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mental Health History	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Skin condition	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weight loss/gain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Other Health Problems: _____

Previous Surgery

Procedure(s)	Date(s)	Procedure(s)	Dates(s)
Hospital admissions in the last 10 years		Dates(s)	

Medication Name/Dose/Frequency

Signature/Title: _____ Date: _____ (dd-mm-yyyy)

Name of therapist (print letters): _____



5100180 (02_19)