

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Ce questionnaire doit être complété par le-la médecin traitant-e et le-la patient-e.
Veuillez acheminer le questionnaire complété dans les plus brefs délais.

IDENTIFICATION PATIENT-E			
Nom légal :		Prénom légal :	
Nom utilisé :		Prénom utilisé :	
Date de naissance (aaaa-mm-jj) :		NAM :	
Poids: kg	Taille: cm	IMC* :	
* Si l'IMC se situe entre 35 et 40, veuillez remplir le questionnaire d'évaluation de l'apnée du sommeil (AOS) en annexe et suivre les recommandations.			
Intervention chirurgicale :			
INFORMATION SUR LE-LA MÉDECIN	OUI	NON	PRÉCISIONS
1. Je suis le-la médecin qui assure le suivi régulier de l'état de santé globale de cette personne.			Date de la dernière consultation médicale : (aaaa-mm-jj)
RESPIRATOIRE	OUI	NON	
1. Cette personne a-t-elle des problèmes respiratoires tels que l'asthme, la bronchite, MPOC ou l'emphysème?			
2. Cette personne souffre-t-elle d'apnée du sommeil?			Utilise-t-elle son appareil?
NEUROLOGIE	OUI	NON	
1. Cette personne a-t-elle déjà subi un accident vasculaire cérébral (AVC)?			Description des séquelles :
2. Cette personne présente-t-elle des problèmes d'ordre neurologiques tels que le parkinson, la sclérose en plaques, la paralysie cérébrale ou autres?			
ANESTHÉSIE	OUI	NON	
1. Cette personne a-t-elle déjà eu des problèmes avec l'anesthésie ou présenté des réactions à celle-ci?			Si oui, veuillez préciser :
2. Cette personne ou un-e membre de sa famille souffre-t-iel d'hyperthermie maligne?			Si oui, veuillez préciser le lien avec cette personne :
CARDIAQUE ET VASCULAIRE	OUI	NON	
1. Cette personne a-t-elle des problèmes d'ordre cardiaques tels que malformations congénitales, souffle cardiaque, angine, infarctus, palpitation, insuffisance cardiaque ou autre?			Si oui, est-elle porteuse d'un pacemaker, d'un défibrillateur ou d'une valve cardiaque?

Nom, Prénom :

Date de naissance :

HÉMATOLOGIE	OUI	NON	PRÉCISIONS
1. Cette personne souffre-t-elle d'anomalie de la coagulation sanguine, de troubles hématologiques ou d'un problème d'anémie ?			Si oui, veuillez préciser :
2. Cette personne a-t-elle déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ?			
3. Cette personne souffre-t-elle de problèmes hépatiques ?			
RÉNAL	OUI	NON	
1. Cette personne a-t-elle des problèmes rénaux (insuffisance rénale, greffe, dialyse) ?			Si oui, veuillez préciser et fournir le dernier bilan rénal :
ENDOCRINOLOGIE	OUI	NON	
1. Cette personne est-elle diabétique ?			Si oui, veuillez préciser : Type 1 Type 2 Fournir dosage de l'hémoglobine glyquée (À faire si non disponible)
SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIE	OUI	NON	
1. Cette personne a-t-elle des problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, maladie bipolaire, schizophrénie, trouble de la personnalité, etc.) ?			Si oui, veuillez préciser : Est-ce que les problèmes de santé mentale sont contrôlés, non contrôlés ou résolus ?
2. Cette personne a-t-elle des problèmes de dépendance à des médicaments, des drogues ou à l'alcool ?			Si oui, à quelle substance :
3. Au cours des douze derniers mois, cette personne a-t-elle été hospitalisée pour des problèmes de santé mentale ?			
PARTICULARITÉS	OUI	NON	
1. Y a-t-il d'autres informations que vous désirez nous transmettre concernant la santé de cette personne ?			

J'ai revu ce questionnaire avec le-la patient-e et je reconnais que les renseignements qu'il contient sont complets et exacts.

Nom du/de la médecin qui a complété le questionnaire :

Signature :

Date (aaaa-mm-jj) :

Nom, Prénom :

Date de naissance :
(aaaa-mm-jj)

Âge :

Sexe assigné à la naissance :

Questionnaire d'évaluation de l'apnée du sommeil

Si l'IMC se situe entre 35 et 40, veuillez remplir le questionnaire d'évaluation de l'apnée du sommeil afin d'évaluer les risques d'apnée obstructive du sommeil (AOS).

Facteurs de risque	Questions et repères	Risques identifiés	
		Oui	Non
Ronflement	Est-ce que vous ronflez fort (assez fort pour être entendu.e à travers des portes fermées, ou pour que votre partenaire de lit vous donne des coups de coude la nuit à cause de vos ronflements)?	Oui	Non
Fatigue	Vous sentez-vous souvent fatigué.e, épuisé.e ou somnolent.e pendant la journée?	Oui	Non
Arrêt respiratoire	Est-ce que quelqu'un a remarqué que vous arrêtez de respirer ou vous étouffiez/cherchiez désespérément de l'air pendant votre sommeil?	Oui	Non
Pression artérielle	Est-ce que vous souffrez d'hypertension artérielle ou recevez un traitement contre l'hypertension artérielle?	Oui	Non
IMC	Indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m ² ?	Oui	Non
Âge	Êtes-vous âgé.e de plus de 50 ans?	Oui	Non
Large encolure (mesurée au niveau de la pomme d'Adam)	Si vous avez été assigné.e homme à la naissance, la taille de votre col de chemise est-elle de 43 cm/17 pouces ou plus large? Si vous avez été assigné.e femme à la naissance, la taille de votre col de chemise est-elle de 41 cm/16 pouces ou plus large?	Oui	Non
Sexe	Avez-vous été assigné.e homme à la naissance?	Oui	Non
Pointage			

Nom, Prénom :

Date de naissance :
(aaaa-mm-jj)**Critères du pointage :****Risque faible** d'AOS : Oui de 0 à 2 questions**Risque intermédiaire** d'AOS : Oui de 3 à 4 questions**Risque élevé** d'AOS : Oui de 5 à 8 questions

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + assigné.e homme à la naissance

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m²

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + la circonférence du cou

(43 cm/17 po. pour assigné.e homme à la naissance, 41 cm/16 po. pour assigné.e femme à la naissance)¹**Appréciation du risque**

Risque faible

Risque intermédiaire

Risque élevé

Risque	Directives
Risque faible	Nous considérons sécuritaire pour le-la patient.e d'avoir recours à la chirurgie.
Risque intermédiaire	Veuillez procéder à une évaluation plus poussée de l'apnée du sommeil par le biais d'une polysomnographie à la maison ou en laboratoire de sommeil. Les résultats devront être acheminés à notre équipe d'anesthésiologistes qui évalueront la possibilité d'effectuer ou non la chirurgie au Centre Métropolitain de Chirurgie.
Risque élevé	

Prenez note que peu importe le niveau de risque, le-la patient.e âgé.e de 40 ans et plus avec au moins une comorbidité fera l'objet d'une évaluation par notre équipe d'anesthésiologistes afin d'assurer une chirurgie sécuritaire.

Signature du/de la médecin :_____
Date (aaaa-mm-jj):

1 Outil adapté par le Centre Métropolitain de Chirurgie (2020) du questionnaire STOP – Bang Method©, de University Health Network

CONSENTEMENT À L'ACCÈS ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À MON ÉTAT DE SANTÉ

À remplir **PAR LE·LA PATIENT·E** et à nous retourner dans les plus brefs délais

Dans le cadre de votre demande de chirurgie d'affirmation de genre à GrS Montréal, le Complexe chirurgical CMC, ses sociétés apparentées, ses successeurs et ses cessionnaires, les médecins qui y exercent ainsi que leurs mandataires et délégué·es qui en ont besoin dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions (collectivement le « CC-CMC ») pourraient avoir besoin de communiquer ou demander certaines informations personnelles pour le traitement et le suivi de votre dossier.

Les renseignements personnels recueillis sont les suivants :

- Vos identifiants personnels;
- Vos renseignements médico-psycho-sociaux;
- Les informations sur la chirurgie;
- La personne à contacter en cas d'urgence;
- Les coordonnées de vos professionnel·les impliqué·es;
- Les détails liés au voyage;
- Les photos et vidéos permettant de vous identifier (visage et signes physiques distinctifs apparents).

MOYENS UTILISÉS POUR LA COMMUNICATION DE DONNÉES

Les données seront communiquées au moyen d'outils de soins virtuels (courriels, télésanté, téléphone et plateforme Monarch si applicable), ainsi que par télécopieur et courrier.

Je, sousigné·e, consent et autorise :

1. Le(s) professionnel·le(s) identifié·e(s) ci-dessous à divulguer et transmettre au CC-CMC, toute information relative à mon état de santé, incluant notamment mais non limitativement, toute note, tout résultat ou toute information médicale nécessaire pour me prodiguer des soins de santé, incluant les étapes de préparation et les suivis relatifs à la chirurgie à laquelle j'aurai recours ou dans le but d'établir un plan de traitement.
2. Également le CC-CMC à communiquer et à échanger avec ce·tte(s) professionnel·le(s) relativement à mon état de santé lorsque cela est nécessaire pour me prodiguer des soins de santé, incluant notamment mais non limitativement, les étapes de préparations et les suivis relatifs à ma chirurgie, ou dans le but d'établir un plan de traitement.

Nom du·de la médecin de famille ou infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e (IPS) ou un·e de ses mandataires ou délégué·es désigné·es :

Nom du·de la professionnel·le en santé mentale ou professionnel·le psychosocial·e si applicable :

Autre(s) professionnel·le(s) si applicable (veuillez préciser) :

Pour la patientèle de moins de 18 ans ou sous tutelle (optionnel) :

J'autorise également mon parent identifié·e ci-dessous à recevoir de l'information du CC-CMC sur mon état de santé.

Nom et prénom de mon parent ou tuteur·rice :

Date de naissance de mon parent ou tuteur·rice : (aaaa-mm-jj)

DROITS D'ACCÈS, DE RECTIFICATION ET DE RÉVOCATION

Pour toute question ou commentaire au sujet du présent Consentement ou de vos renseignements personnels, faire une demande d'accès ou de rectification, ou déposer une plainte, communiquez avec la personne responsable des renseignements personnels à l'adresse suivante :

Complexe chirurgical CMC

999, rue De Salaberry

Montréal (Québec) H3L 1L2

ou par courriel : confidentialite@complexechirurgicalcmc.com

RETRAIT

Je comprends que je peux révoquer le présent consentement partiellement ou en totalité, sauf dans la mesure où le CC-CMC a déjà communiqué ou reçu des informations sur la foi du présent consentement.

CONSENTEMENT

En signant le présent document,

- Je reconnais avoir lu les explications mentionnées ci-dessus et avoir eu la possibilité de poser les questions nécessaires à ma compréhension et obtenu les réponses.

SIGNATURE DU·DE LA PATIENT·E

Nom complet :

Date de naissance : (aaaa-mm-jj)

Date : (aaaa-mm-jj)

Signature :

999, rue De Salaberry
Montréal (Québec), H3L 1L2
Téléphone : 514 288 2097
Télécopieur : 514 288 3547
www.grsmontreal.com

Consentement à l'accès et à la communication des renseignements relatifs à mon état de santé. 1/2

© 2025. Ce document ainsi que son contenu sont la propriété du Complexe chirurgical CMC.

Toute reproduction, en totalité ou en partie, sans autorisation est interdite.