

Date		Rempli par :	
Renseignements personnels			
Nom		Numéro d'assurance-santé	
Adresse		Code postal	
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)	Courriel	
Date de naissance AAAA/MM/JJ	Âge	Genre	
Personne à aviser en cas d'urgence			
Êtes-vous allergique ou sensible à des médicaments ou à des substances dans l'environnement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Veuillez préciser :			
Services associés aux soins			
Médecin de famille/Infirmière praticienne		Téléphone	
Spécialiste	Spécialité	Téléphone	
Soins à domicile		Pharmacie	
Autre			
Médicaments			
Régime d'assurance-maladie <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Yukon <input type="checkbox"/> Assurance-médicaments <input type="checkbox"/> Maladie chronique <input type="checkbox"/> NIHB			
Donnez la liste de tous vos médicaments dans le tableau ci-dessous (y compris les médicaments inhalés, pilules, vitamines, herbes, suppléments, injections et tous les médicaments contre le cancer). Si vous manquez d'espace, joignez une feuille séparée.			
Nom	Dose	Raison	
Avez-vous arrêté de prendre certains médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser :			
Avez-vous changé de médicaments au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser :			

Antécédents médicaux (cochez tout ce qui s'applique)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie du cœur <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive<input type="checkbox"/> Crise cardiaque (infarctus du myocarde)<input type="checkbox"/> Angine (douleur thoracique)<input type="checkbox"/> Insuffisance coronaire<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque/arythmie | <input type="checkbox"/> Ostéoporose/ostéopénie |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral/AIT | <input type="checkbox"/> Douleur chronique |
| <input type="checkbox"/> Risques de maladie cardiovasculaire <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hypertension artérielle<input type="checkbox"/> Œdème<input type="checkbox"/> Cholestérol élevé (dyslipidémie) | <input type="checkbox"/> Problèmes immunitaires <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lupus<input type="checkbox"/> Immunodéficience<input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Diabète <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Prédiabète<input type="checkbox"/> Type 1<input type="checkbox"/> Type 2 | <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson<input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Asthme<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires obstructives chroniques (COPD)<input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dépression<input type="checkbox"/> Anxiété<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire<input type="checkbox"/> Usage de substances psychoactives<input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Obésité | <input type="checkbox"/> Maladies transmissibles <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> VIH<input type="checkbox"/> Hépatite C<input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Système tégumentaire <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Eczéma<input type="checkbox"/> Psoriasis<input type="checkbox"/> Allergies cutanées |
| <input type="checkbox"/> Cancer : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arthrite : _____ | |

Avez-vous reçu des vaccins?

- Vaccin antigrippal Non Oui Quand? _____
- Vaccin contre la pneumonie Non Oui Quand? _____
- COVID-19 Non Oui Nombre de doses : ____ Date de la dernière dose : _____

Avez-vous séjourné à l'hôpital ou visiter les urgences au cours des deux dernières années? Non Oui
Date de la dernière hospitalisation et raison :

Antécédents familiaux pertinents (famille immédiate)

Antécédents respiratoires (si vous n'avez pas de troubles respiratoires, passez à la partie suivante)

Avez-vous déjà passé un test respiratoire (spirométrie/épreuve fonctionnelle respiratoire)?

 Non Oui

Date du dernier test

AAAA/MM/JJ

Au cours de la dernière année, combien de fois :

Avez-vous été chez le médecin en raison d'une aggravation de votre maladie pulmonaire? _____

Avez-vous séjourné à l'hôpital ou visiter les urgences en raison d'un essoufflement? _____

Avez-vous une toux quotidienne?

 Non Oui

Votre toux produit-elle des sécrétions (mucosités)?

 Non Oui

Quantité (ex. 1 c. à thé) _____ Couleur : _____

Au travail ou dans vos loisirs, avez-vous subi une exposition :

 à l'amiante? aux fumées d'échappement? à la poussière céréalère? aux solvants ou à la peinture? Autre : _____**Antécédents de tabagisme** Jamais fumé Fume encore Ne fume plus

Si vous fumez ou ne fumez plus :

Depuis (année) _____ Arrêt (année) _____ N^{bre} de cig./jour _____Type de tabac : Cigarettes Cigares Pipe Tabac à mâcher Cannabis Produit de vapotage Autre : _____**Oxygène (si vous n'avez jamais reçu un traitement d'oxygène, passez à la partie suivante)**Avez-vous déjà reçu un traitement d'oxygène à domicile? Non Oui Quand? _____ Durée? _____Recevez-vous actuellement un traitement d'oxygène à domicile? Non Oui Depuis quelle année? _____Devez-vous recevoir de l'oxygène prescrit par un médecin? Yes Non – _____

Quelle est votre prescription d'oxygène?

Au repos _____ lpm pulsé continuLa nuit _____ lpm pulsé continuÀ l'effort _____ lpm pulsé continu

Équipement d'oxygénothérapie

 Bouteille(s) Concentrateur portatif Concentrateur à usage domestique Autre: _____**Antécédents de sommeil**

Dormez-vous bien la nuit?

 Non (répondez aux questions ci-après) Oui (passez à la partie suivante)

Vous réveillez-vous durant la nuit?

 Non Oui Pour quelle raison? _____

Ronflez-vous ou vous a-t-on dit que vous ronflez?

 Non Oui

Qu'éprouvez-vous au réveil?

 Du repos De la fatigue Un essoufflement Un mal de tête Autre : _____

Avez-vous déjà fait l'objet d'une étude du sommeil?

 Non Oui Date : _____ Lieu: _____

Utilisez-vous un appareil CPAP ou BiPAP?

 Non Oui

Antécédents de chutes

Combien de chutes avez-vous faites au cours des six derniers mois? _____ (si vous n'avez fait aucune chute, passez à la partie suivante)

Quelle est la cause des chutes?

- J'ai trébuché J'ai glissé (surface glacée ou mouillée) Mes jambes ont flanché Étourdissement
 Évanouissement Ne sais pas
 Autre : _____

Craignez-vous les chutes? Non Oui

Vous empêchez-vous de faire des activités par crainte des chutes? Non Oui

Antécédents de douleur (si vous n'avez pas de douleur, passez à la partie suivante)

Où avez-vous mal?

Quelles sont les causes de votre douleur?

Comment gérez-vous votre douleur?

Situation sociale

Êtes-vous une personne vivant seule? Non Oui

Avec un conjoint/partenaire? Avec un ou des enfants? Autre : _____

Vous occupez-vous d'une personne malade ou qui nécessite des soins spéciaux? Non Oui

Conjoint Parent(s) Enfant(s) Autre : _____

Avez-vous de la difficulté à entrer chez vous ou à en sortir? Non Oui

Avez-vous de la difficulté à accomplir vos activités quotidiennes? Non Oui

Transport

Quel moyen de transport utiliserez-vous pour aller suivre le programme?

- Véhicule personnel Transport en commun Taxi Transport par un parent ou ami Transport adapté
 Autre _____

Autres commentaires

À titre de dépositaires, nous sommes responsables de la protection de vos renseignements médicaux personnels. Nous recueillons, utilisons et communiquons ces renseignements en conformité avec la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* et les lois applicables. Les renseignements recueillis serviront à l'amélioration de la qualité, à la planification et à la gestion de notre système de santé. Certains de vos renseignements médicaux personnels seront communiqués à d'autres fournisseurs de soins de santé, de façon à assurer une gestion plus efficace de votre santé. Afin d'en garantir la protection, vos renseignements médicaux personnels seront anonymisés avant d'être communiqués à des fins statistiques, ce qui nous permet d'évaluer l'efficacité du programme auprès de la clientèle et de voir quels changements pourraient être apportés pour améliorer la prestation des services. Vous êtes libre de refuser votre consentement.

Pour en savoir plus sur vos droits et nos pratiques en matière de renseignements, veuillez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée à healthprivacy@yukon.ca, au 867-456-3953 ou (sans frais au Yukon) au 1-800-661-0408, poste 3953.