

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

CLINIQUE EXTERNE ÉVALUATION INFIRMIÈRE INITIALE

Date : AAAA-MM-JJ	Heure : HH:MM	Poids : _____ kg	☐ Estimé ☐ Réel	Taille : _____
Clinique externe : _____				
Allergie(s) : _____				
Médicament(s) : _____				
Signes vitaux : TA _____ ☐ Autre(s) : _____				

Identification / Réseau familial, social et médical

☐ Femme ☐ Homme Âge : _____ ans Lieu de résidence : _____

Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre(s) _____

Accompagnateur : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

Contact en cas d'urgence : _____ Lien : _____
 _____ Lien : _____

Nom du spécialiste : _____

Diagnostic : _____

Médecin de famille : _____

Autre(s) spécialiste(s) : _____

État civil : ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (ve)

Enfant(s) :

Nom(s)	Sexe	Âge	Commentaires

Milieu de vie : ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Chambre ☐ Hébergement ☐ Vit seul
☐ Ressource _____ ☐ Autre(s) _____

Occupation : _____ Occupation du conjoint : _____

Préoccupations financières : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

Assurance privée : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

Aidant principal : ☐ Famille ☐ Réseau social, précisez : _____

Services du CLSC : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

Nom : _____

Prénom : _____

#Dossier : _____

Habitudes de vieConsommation de tabac : ☐ Oui ☐ Non Nombre de cigarettes/jour : _____ Cessé depuis : _____Consommation d'alcool : ☐ Oui ☐ Non Quantité/jour : _____Consommation de drogue : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____Habitudes de sommeil : ☐ Sans particularité ☐ Difficulté à s'endormir ☐ Réveil fréquent☐ Médication, Précisez : _____ Heures de sommeil : _____Activités / Sport : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

AVQ/AVD	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Personne aidante
Manger				
Cuisiner				
Se laver et se vêtir				
Utiliser les toilettes				
Se déplacer				
Utiliser les escaliers				
Entretenir son domicile				
Conduire l'automobile				
Prendre des médicaments				

Commentaires relativement aux AVQ/AVD (Appétit, diète, bas de soutien, continent, aide-technique au déplacement, moyen de transport, pilulier, dosette, etc.) : _____

Problème(s) physique(s)☐ Lunettes ☐ Appareil(s) auditifs ☐ Trouble d'élocution ☐ Autre(s) : _____**Incapacité(s) intellectuel(s)**☐ Analphabète ☐ Trouble de mémoire / concentration ☐ Autre(s) : _____**Situation actuelle**

Principales inquiétudes actuellement : _____

Connaissances de la dialyse par l'utilisateur : _____

Impact de la maladie sur la famille et le quotidien : _____

Informations supplémentaires

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ AAAA-MM-JJ