Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

ÉVALUATION INFIRMIÈRE POUR L'ADMISSIBILITÉ À UNE COLOSCOPIE

☐ Médecin référent : _____

☐ Indication de coloscopie : _____ Âge : _____ ans

Consigne : Se référer au formulaire AH-702

Informations générales

Allergies : _____

Antécédents familiaux : _____

Examens endoscopiques antérieurs : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

MPOC sévère avec O2 dépendant	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____
Apnée du sommeil	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____
Maladie cardiaque sévère – classe 4	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____
Stimulateur / Défibrillateur cardiaque	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____
Insuffisance rénale	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____
Insuffisance hépatique	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____
Diabète (insulino-dépendant)	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____
Anticoagulants/Antiplaquettaire	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____
Problème de mobilité	☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____

Évaluation de l'infirmière

☐ PQDCCR (RSOS+) ☐ Oui ☐ Non Date : aaaa/mm/jj Résultat : _____

Sang dans les selles ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Chirurgies antérieures récentes : _____

Médication actuelle (incluant médicaments en vente libre et produits naturels) et Analyses diagnostiques : ☐ DSQ vérifié

_____

_____

_____

Usager admissible : ☐ Oui ☐ Non → *Consulter le médecin si présence d'une ou de plusieurs contre-indications*

Nom du médecin et spécialité *:* _____

Problématiques antérieures avec préparation colique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Bipeglyte ☐ PegLyte ☐ Pico-Salax ☐ Moviprep

Préciser la problématique : _____

Préparation colique actuelle : ☐ Bipeglyte ☐ PegLyte ☐ Pico-Salax ☐ Moviprep ☐ Autres : _____

Nom : Prénom : #Dossier :

Enseignement
☐ Explication des consignes de préparation pour la clientèle diabétique : _____
☐ Explication des consignes de préparation pour la clientèle anticoagulée : _____
☐ Explication sur la diète à suivre : _____
☐ Explication sur l'examen à venir : _____
☐ Explication sur la sédation/analgésie : _____
☐ Explication sur les complications possibles : _____
☐ Accompagnement prévu : _____

Priorité : _____

Notes complémentaires : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : aaaa/mm/jj