

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ACCUEIL CLINIQUE – ÉVALUATION INFIRMIÈRE COLIQUE HÉPATIQUE SUSPECTÉE

Se référer à l'OC-6090 *Initier des mesures diagnostiques lors d'une colique hépatique suspectée*

CONTRE-INDICATIONS	
☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Interventions : ☐ Référence à l'urgence ☐ Médecin référent avisé ☐ Autre : _____	
HISTOIRE DE SANTÉ ET ANTÉCÉDENTS	
Suivi médical dans un autre centre hospitalier	☐ Oui ☐ Non Établissement : _____
Antécédents médicaux	_____
Antécédents chirurgicaux	_____
Antécédents familiaux	_____
Traitements d'oncologie	☐ Oui ☐ Non Établissement : _____
Grossesse	☐ Oui ☐ Non
Habitudes de vie	Tabac : ☐ Oui ☐ Non Qté/Fréquence : _____
	Alcool : ☐ Oui ☐ Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____
	Drogues : ☐ Oui ☐ Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____
MÉDICAMENTS	
Allergie : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Médicaments : ☐ Voir profil pharmaceutique	Nom de la pharmacie : _____
ENSEIGNEMENT	
☐ Feuilles et coordonnées remis ☐ Consignes de sécurité en cas de détérioration expliquées	
EXAMEN PHYSIQUE	
Signes vitaux : TA : _____ / _____ mmHg FC : _____ /min. FR : _____ /min. Sat. : _____ % T : _____ °C	
Taille : _____ cm Poids : _____ kg ☐ Gain de poids : _____ kg ☐ Perte de poids : _____ kg Âge : _____	
Notes complémentaires : _____	

Nom : Prénom : #Dossier :

ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU)

Symptômes

- ☐ Ballonnement
 ☐ Constipation
 ☐ Nausées
 ☐ Vomissements
 ☐ Inappétence
☐ Dyspnée
 ☐ Céphalée / migraine
 ☐ Autre : _____

Apparition des symptômes :

- ☐ Après repas
 ☐ Autre : _____

Douleur

- Intensité de la douleur : _____ /10 ☐ S/O
 Région : ☐ Hypocondre droit ☐ Épigastrique ☐ Abdomen entier ☐ Dos ☐ Autre : _____
 Irradiation : ☐ Épaule ☐ Dos ☐ Pelvienne ☐ Autre : _____
 Fréquence : ☐ Après repas ☐ Constante ☐ Intermittente ☐ Indéterminée
☐ Autre : _____
 Durée : ☐ Indéterminée ☐ _____ minutes ☐ _____ heures ☐ _____ jours ☐ _____ semaines
 Prise d'analgésie : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
 Soulagement : ☐ Complet ☐ Partiel ☐ Aucun Préciser : _____
 Notes complémentaires : _____

ALIMENTATION

- Habitudes alimentaires : _____
 Diète : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
 Suivi actif par nutritionniste : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Examens paracliniques	Demandé aaaa/mm/jj	En attente aaaa/mm/jj	Fait aaaa/mm/jj	Résultats reçus aaaa/mm/jj	Notes complémentaires + Initiales
Analyses sanguines					
Échographie abdominale					
Consultation chirurgie générale					

VÉRIFICATIONS HEBDOMADAIRES DES EXAMENS PARACLINIQUES

Date aaaa/mm/jj	Initiales	Date aaaa/mm/jj	Initiales	Date aaaa/mm/jj	Initiales	Date aaaa/mm/jj	Initiales	Date aaaa/mm/jj	Initiales

NOTES COMPLÉMENTAIRES

- ☐ Dossier fermé à l'accueil clinique en date du : _____ aaaa/mm/jj

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES