

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 ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT)

Se référer à OC-6057 Initier des mesures diagnostiques chez un usager présentant un accident ischémique transitoire (AIT) sans syncope référé à l'accueil clinique

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	_____
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	
Signes neurologiques : ☐ Forces égales 4 membres ☐ PERLLA ☐ Symétrie faciale	
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

- ☐ Étourdissements ☐ Céphalées ☐ Confusion ☐ Asymétrie faciale ☐ Autre : _____
☐ Engourdissement, site : _____ ☐ Parésie, site : _____ ☐ Paralyse, site : _____
 Troubles visuels : ☐ Diplopie : ☐ D ☐ G ☐ Vision trouble : ☐ D ☐ G ☐ Cécité : ☐ D ☐ G ☐ Autre : _____
 Troubles du langage : ☐ Dysarthrie ☐ Aphasie ☐ Autre : _____
 Début : ☐ Indéterminé ☐ Soudain ☐ Graduel ☐ Autre : _____
 Fin : ☐ Indéterminé ☐ Soudain ☐ Graduel ☐ Autre : _____
 Durée des épisodes : ☐ _____ secondes ☐ _____ minutes ☐ _____ heures ☐ Autre : _____
 Fréquence : ☐ _____ /heure ☐ _____ /jour ☐ _____ /mois ☐ Autre : _____
 Notes complémentaires : _____

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					
ECG					
Scan cérébral					
Doppler artériel cervical					
Neurologie					
Chirurgie vasculaire					

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