

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 DIVERTICULITE SUSPECTÉE

Se référer à OC-1200-15-006 *Initier des mesures diagnostiques lors de diverticulite suspectée chez un usager 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	_____
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 : _____	

ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU)

Symptômes

☐ Douleur

☐ Nausées

☐ Vomissements

☐ Fièvre

☐ Constipation

☐ Diarrhée

☐ Autre : _____

Depuis :

☐ _____ jours

☐ _____ mois

☐ Autre : _____

Début :

☐ Indéterminé

☐ Soudain

☐ Graduel

☐ Autre : _____

Fin :

☐ Indéterminé

☐ Soudain

☐ Graduel

☐ Autre : _____

Durée des épisodes :

☐ _____ secondes

☐ _____ minutes

☐ _____ heures

☐ Autre : _____

Fréquence :

☐ _____ /heure

☐ _____ /jour

☐ _____ /mois

☐ Autre : _____

Douleur

Intensité de la douleur : _____ /10

☐ S/O

Région :

☐ Abdomen : ☐ QIG

☐ Fosse iliaque : ☐ D ☐ G

☐ Flanc : ☐ D ☐ G

☐ Sus-pubienne

☐ Épigastre

☐ Ombilic

☐ Autre : _____

Irradiation :

☐ Sus-pubienne

☐ Aine

☐ Dos

☐ Organes génitaux

☐ Autre : _____

Description :

☐ Crampe

☐ Brûlure

☐ Coup poignard

☐ Élançement

☐ Pincement

☐ Spasmes

☐ Indéterminée

☐ Autre : _____

Prise d'analgésie :

☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Soulagement :

☐ Complet ☐ Partiel ☐ Aucun

Préciser : _____

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					
Scan abdominal					
Chirurgie					
Nutritionniste					

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