

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 DOULEUR RÉTROSTERNALE (DRS)

Se référer à OC-6055 *Initier des mesures diagnostiques pour un usager présentant une douleur rétrosternale atypique ou de l'angine typique à l'effort référé à l'accueil clinique*

| CONTRE-INDICATIONS                                                                                                                                    |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____                                                                            |                                                                                                        |
| Interventions : <input type="checkbox"/> Référence à l'urgence <input type="checkbox"/> Médecin référent avisé <input type="checkbox"/> Autre : _____ |                                                                                                        |
| HISTOIRE DE SANTÉ ET ANTÉCÉDENTS                                                                                                                      |                                                                                                        |
| Suivi médical dans un autre centre hospitalier                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Établissement : _____                        |
| Antécédents médicaux                                                                                                                                  | _____                                                                                                  |
| Antécédents chirurgicaux                                                                                                                              | _____                                                                                                  |
| Antécédents familiaux                                                                                                                                 | _____                                                                                                  |
| Grossesse                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                              |
| Habitudes de vie                                                                                                                                      | Tabac : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Qté/Fréquence : _____                |
|                                                                                                                                                       | Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____  |
|                                                                                                                                                       | Drogues : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____ |
| MÉDICAMENTS                                                                                                                                           |                                                                                                        |
| Allergie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____                                                                 |                                                                                                        |
| Médicaments : <input type="checkbox"/> Voir profil pharmaceutique Nom de la pharmacie : _____                                                         |                                                                                                        |
| ENSEIGNEMENT                                                                                                                                          |                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Feuilllets et coordonnées remis <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Gain de poids : _____ kg <input type="checkbox"/> Perte de poids : _____ kg Âge : _____   |                                                                                                        |
| Notes complémentaires : _____                                                                                                                         |                                                                                                        |
| _____                                                                                                                                                 |                                                                                                        |
| _____                                                                                                                                                 |                                                                                                        |
| _____                                                                                                                                                 |                                                                                                        |
| _____                                                                                                                                                 |                                                                                                        |

Nom : Prénom : #Dossier :

| ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Douleur</b><br>Intensité de la douleur : _____/10 <input type="checkbox"/> S.O.<br>Région : <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Épigastre <input type="checkbox"/> Épaule : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Bras : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G<br><input type="checkbox"/> Mâchoire <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Irradiation : <input type="checkbox"/> Bras : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Épaule : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Mâchoire <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Description : <input type="checkbox"/> Serrement <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Coup poignard <input type="checkbox"/> Pincement <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Prise d'analgésie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Préciser : _____<br>Soulagement : <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Aucun      Préciser : _____<br>Depuis : <input type="checkbox"/> _____ jours <input type="checkbox"/> _____ mois <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Début : <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> À l'effort <input type="checkbox"/> Au repos <input type="checkbox"/> Post prandial <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Fin : <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> Au repos <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Durée des épisodes : <input type="checkbox"/> _____ secondes <input type="checkbox"/> _____ minutes <input type="checkbox"/> _____ heures <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Fréquence : <input type="checkbox"/> _____/heure <input type="checkbox"/> _____/jour <input type="checkbox"/> _____/mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ |  |
| <b>Autres symptômes</b><br><input type="checkbox"/> Essoufflement <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Faiblesse <input type="checkbox"/> Diaphorèse <input type="checkbox"/> Autre : _____<br>Notes complémentaires : _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

| Examens paracliniques | Demandé<br>aaaa/mm/jj | En attente<br>aaaa/mm/jj | Fait<br>aaaa/mm/jj | Résultats reçus<br>aaaa/mm/jj | Notes complémentaires + Initiales |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Analyses sanguines    |                       |                          |                    |                               | Tropi :                           |
| ECG                   |                       |                          |                    |                               |                                   |
| Rayon-X poumons       |                       |                          |                    |                               |                                   |
| Épreuve effort        |                       |                          |                    |                               |                                   |
| MIBI-Persantin        |                       |                          |                    |                               |                                   |
| Médecine interne      |                       |                          |                    |                               |                                   |

| VÉRIFICATIONS HEBDOMADAIRES DES EXAMENS PARACLINIQUES |           |                    |           |                    |           |                    |           |                    |           |
|-------------------------------------------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| Date<br>aaaa/mm/jj                                    | Initiales | Date<br>aaaa/mm/jj | Initiales | Date<br>aaaa/mm/jj | Initiales | Date<br>aaaa/mm/jj | Initiales | Date<br>aaaa/mm/jj | Initiales |
|                                                       |           |                    |           |                    |           |                    |           |                    |           |
|                                                       |           |                    |           |                    |           |                    |           |                    |           |
|                                                       |           |                    |           |                    |           |                    |           |                    |           |
|                                                       |           |                    |           |                    |           |                    |           |                    |           |
|                                                       |           |                    |           |                    |           |                    |           |                    |           |

| NOTES COMPLÉMENTAIRES                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                           |
|                                                                                           |
|                                                                                           |
|                                                                                           |
|                                                                                           |
|                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Dossier fermé à l'accueil clinique en date du : _____ aaaa/mm/jj |

| SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE | INITIALES | SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE | INITIALES |
|---------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                           |           |                           |           |
|                           |           |                           |           |