

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 FIBRILLATION / FLUTTER AURICULAIRE

Se référer à OC-6056 *Initier des mesures diagnostiques chez un usager présentant une fibrillation auriculaire 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	
Taille : _____ cm Poids : _____ kg ☐ Gain de poids : _____ kg ☐ Perte de poids : _____ kg Âge : _____	
Notes complémentaires : _____	

#Dossier :

Symptômes

☐ Palpitations	☐ Essoufflement	☐ Faiblesse	☐ Œdème membres inférieurs : _____	
☐ Céphalée	☐ Fatigue	☐ Douleur, précisez : _____		☐ Autre : _____
Depuis :	☐ _____ jours	☐ _____ mois	☐ Autre : _____	
Début :	☐ Indéterminé	☐ Soudain	☐ Graduel	☐ À l'effort ☐ Autre : _____
Fin :	☐ Indéterminé	☐ Soudain	☐ Graduel	☐ Au repos ☐ Autre : _____
Durée des épisodes :	☐ _____ secondes	☐ _____ minutes	☐ _____ heures	☐ Autre : _____
Fréquence :	☐ _____/heure	☐ _____/jour	☐ _____/mois	☐ Autre : _____
Notes complémentaires : _____				

Examens paracliniques	Demandé	En attente	Fait	Résultats reçus	Notes complémentaires + Initiales
	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
Analyses sanguines					pBNP :
ECG					
Rayon-X poumons					
Holter 24h					
ETT					
Médecine interne					

[illegible][illegible]

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

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