

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 HYPERTHYROÏDIE

Se référer à OC-6054 *Initier des mesures diagnostiques lors d'hyperthyroïdie de novo 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	_____
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 : _____	

ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU)

Symptômes

☐ Palpitations

☐ Douleur abdominale

☐ Perte de cheveux

☐ Humeur labile

☐ Fatigue

☐ Faiblesse

☐ Sudation excessive

☐ Changements menstruations

☐ Augmentation de l'appétit

☐ Diarrhée

☐ Perte de poids

☐ Céphalée

☐ Tremblements

☐ Goitre

☐ Autre : _____

Depuis :

☐ _____ jours

☐ _____ 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					
Scintigraphie / Captation thyroïdienne					
Médecine interne					

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