

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 RECTORRAGIE

Se référer à l'OC 1200-15-004 *Initier des mesures diagnostiques pour un usager présentant une rectorragie significative 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 : _____	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU)

Saignement

Aspect : ☐ Brunâtre ☐ Rosé ☐ Rouge clair ☐ Rouge foncé ☐ Caillots ☐ Autre : _____
 Début : ☐ Indéterminé ☐ Soudain ☐ Graduel
 Quantité : _____
 Fréquence : ☐ _____/heure ☐ _____/jour ☐ _____/semaine
 Durée : ☐ _____heures ☐ _____jours ☐ _____semaines

Symptômes

☐ Diarrhée ☐ Constipation ☐ Prurit anal ☐ Fièvre ☐ Méléna ☐ Faiblesse
☐ Pâleur ☐ Fatigue ☐ Hémorroïdes ☐ Autre : _____

Douleur

Intensité de la douleur : _____/10 ☐ S.O.
 Région : ☐ Abdomen ☐ Fosse iliaque : ☐ D ☐ G ☐ Flanc : ☐ D ☐ G ☐ Anale
☐ Sus-pubienne ☐ Autre : _____
 Irradiation : ☐ Sus-pubienne ☐ Fosse iliaque : ☐ D ☐ G ☐ Flanc : ☐ D ☐ G ☐ Autre : _____
 Description : ☐ Crampe ☐ Brûlure ☐ Coup poignard ☐ Élançement ☐ Pincement
☐ 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					
Culture de selles					
Colonoscopie					
Chirurgie					

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