

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 THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

Se référer à OC-6058 *Initier des mesures diagnostiques lors d'une thrombose veineuse profonde 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

Membre atteint : _____

☐ Rougeur

☐ Peau chaude

☐ Œdème, préciser : _____

☐ Œdème à godet

☐ Fièvre

☐ Céphalée

☐ Dyspnée

☐ Douleur rétrosternale (DRS)

☐ Douleur, préciser : _____

☐ Veines collatérales superficielles visibles

☐ Autre : _____

☐ Chirurgie/trauma récent : _____

Immobilisation : ☐ Oui ☐ Non

☐ Traitement polyarthrite rhumatoïde

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					D-Dimères :
Doppler MI					
Hématologie					

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