

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

EXAMEN CLINIQUE DE L'AÎNÉ EN CENTRE D'HÉBERGEMENT

Date : aaaa/mm/jj Heure : hh:mm

Malaise dominant :	
ANAMNÈSE DE DÉPART / ÉTAT GÉNÉRAL ☐ Avec l'utilisateur ☐ Avec les proches	
P : Provoquer - Pallier	
Q : Qualité - Quantité	
R : Région - Irradiation	
S : Signes - Symptômes	
T : Temps - Durée	
U : <i>Understanding</i>	
Évaluation des signes vitaux : ☐ Oui ☐ Non <i>*Voir formulaire signes vitaux</i>	Évaluation de la douleur : ☐ Oui ☐ Non Localisation : _____
Évaluation des signes neurologiques : ☐ Oui ☐ Non <i>*Voir formulaire signes neurologique (CLI-60300)</i>	Gravité : ____/10 ou ☐ Échelle PACSLAC (CLI-60287 / CLI-60296) Glycémie capillaire : _____ mmol/L
Évolution clinique du malaise dominant (<i>dernières 48 heures</i>) : ☐ Stable ☐ Amélioration ☐ Détérioration ☐ Sans objet	
Évolution clinique du malaise dominant (<i>dernière semaine</i>) : ☐ Stable ☐ Amélioration ☐ Détérioration ☐ Sans objet	
Évolution clinique de l'état général (<i>dernière semaine</i>) : ☐ Stable ☐ Amélioration ☐ Détérioration ☐ Sans objet	
Signes gériatriques atypiques : (<i>depuis moins d'une semaine</i>)	• Perte d'autonomie brusque : ☐ Oui ☐ Non • Changement brusque de l'état mental : ☐ Oui ☐ Non • Changement brusque de comportement : ☐ Oui ☐ Non
Évaluation de la liste de médicaments : ☐ Oui ☐ Non	Préciser : _____
Chute (<i>dernière semaine</i>) : ☐ Oui ☐ Non	<i>*Voir formulaire évaluation et surveillance post-chute (CLI-60249)</i>
Heure : ____hh:____mm Initiales : _____	

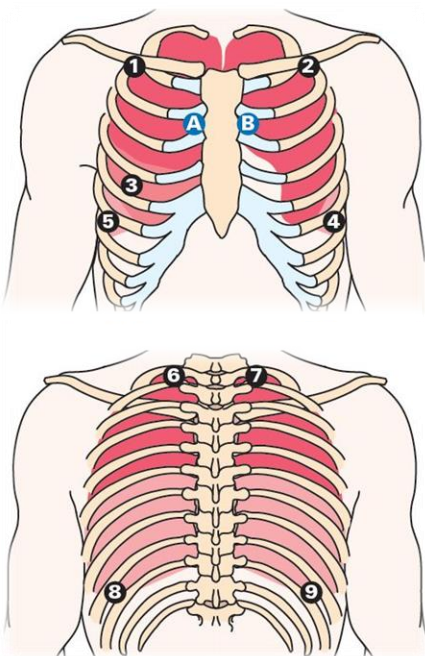
☐ Sans objet		EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL	
Capacité d'attention : ☐ Attentif ☐ Non attentif	Orienté : ☐ Temps ☐ Espace		
État de conscience : ☐ Hyperalerte (<i>surréaction</i>) ☐ Alerte (<i>état normal</i>)	☐ Léthargique (<i>voix</i>) ☐ Stuporeux (<i>physique</i>) ☐ Comateux		
Suspicion de délirium : ☐ Oui ☐ Non			
RADAR (<i>repérage</i>) : ☐ Somnolence	☐ Difficulté à suivre les consignes	☐ Mouvements ralentis	
4AT (CLI-60128) ou CAM: Résultat : _____			
Langage normal : ☐ Oui ☐ Non	Préciser : _____		
Dépistage de la dépression gériatrique (CLI-60131) : ☐ Oui ☐ Non	Résultat : ____/15		
Repérage du risque suicidaire (CLI-60436) : ☐ Oui ☐ Non	Préciser : _____		
Heure : ____hh:____mm Initiales : _____			

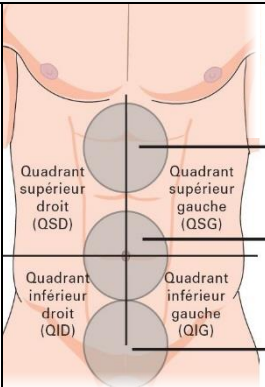
Nom :

Prénom :

#Dossier :

☐ sans objet				EXAMEN CARDIAQUE ET CIRCULATOIRE			
Teint général : ☐ Normal ☐ Cyanosé ☐ Grisâtre ☐ Pâle		Évaluation de la gravité de l'œdème à godet.		Profondeur du godet en cm		Temps de résorption du godet	
☐ Autre : _____		Trace		0 à 0,5 cm		Rapide	
Sensation de palpitations : ☐ Oui ☐ Non		Léger		0,5 à 1,5 cm		10 à 15 secondes	
Syncope : ☐ Oui ☐ Non		Modéré		1,5 à 2,5 cm		1 à 2 minutes	
Pouls radial : Fréquence ____/min ☐ Régulier ☐ Irrégulier		Sévère		plus grand 2,5 cm		2 à 5 minutes	
Amplitude : ☐ Normal ☐ Bondissant ☐ Faible ☐ Filant							
Auscultation : ☐ B1 et B2 normaux							
☐ Bruits surajoutés Préciser : _____							
Signes neuro vasculaires membre inférieur gauche :				Signes neuro vasculaires membre inférieur droit :			
Coloration : ☐ Normale ☐ Anormale		Coloration : ☐ Normal ☐ Anormal		Coloration : ☐ Normal ☐ Anormal		Coloration : ☐ Normal ☐ Anormal	
Chaleur : ☐ Normale ☐ Anormale		Chaleur : ☐ Normal ☐ Anormal		Chaleur : ☐ Normal ☐ Anormal		Chaleur : ☐ Normal ☐ Anormal	
Mobilité/motricité : ☐ Normale ☐ Anormale		Mobilité/motricité : ☐ Normal ☐ Anormal		Mobilité/motricité : ☐ Normal ☐ Anormal		Mobilité/motricité : ☐ Normal ☐ Anormal	
Sensibilité : ☐ Normale ☐ Anormale		Sensibilité : ☐ Normal ☐ Anormal		Sensibilité : ☐ Normal ☐ Anormal		Sensibilité : ☐ Normal ☐ Anormal	
Pouls tibial postérieur : ☐ Perceptible ☐ Non perceptible		Pouls tibial postérieur : ☐ Perceptible ☐ Non perceptible		Pouls tibial postérieur : ☐ Perceptible ☐ Non perceptible		Pouls tibial postérieur : ☐ Perceptible ☐ Non perceptible	
Pouls pédieux : ☐ Perceptible ☐ Non perceptible		Pouls pédieux : ☐ Perceptible ☐ Non perceptible		Pouls pédieux : ☐ Perceptible ☐ Non perceptible		Pouls pédieux : ☐ Perceptible ☐ Non perceptible	
Remplissage capillaire ≤ 3 sec : ☐ Normal ☐ Diminué		Remplissage capillaire ≤ 3 sec : ☐ Normal ☐ Diminué		Remplissage capillaire ≤ 3 sec : ☐ Normal ☐ Diminué		Remplissage capillaire ≤ 3 sec : ☐ Normal ☐ Diminué	
Diamètre membre inférieur gauche :				Diamètre membre inférieur gauche :			
Mollet : _____cm Cheville : _____cm		Mollet : _____cm Cheville : _____cm		Mollet : _____cm Cheville : _____cm		Mollet : _____cm Cheville : _____cm	
Œdème à godet : ☐ Non ☐ Trace ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère				Œdème à godet : ☐ Non ☐ Trace ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère			
Niveau du godet : _____				Niveau du godet : _____			
Si pertinent, évaluer les signes neuro vasculaires des membres supérieurs et noter les informations dans la section « notes complémentaires »							
Heure : ____hh:____mm Initiales : _____							

☐ sans objet		EXAMEN PULMONAIRE	
Fréquence respiratoire : ____/min ☐ Régulière ☐ Irrégulière			
Saturation : ____% ☐ Air ambiant ☐ O2 ____ L/min Préciser : _____			
Amplitude : ☐ Normale ☐ Superficielle ☐ Profonde			
Mouvement : ☐ Symétrique ☐ Asymétrique ☐ Thoracique ☐ Abdominale			
Tirage : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____			
Cyanose : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____			
Toux : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sèche ☐ Grasse			
Expectorations : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____			
Orthopnée : ☐ Oui ☐ Non			
Bruits audibles : ☐ Respiration sifflante (Wheezing) ☐ Stridor			
Auscultation face antérieure : Bruits bronchiques			
A Bronche droite ☐ Normaux ☐ Ronchi ☐ Sibilants			
B Bronche gauche ☐ Normaux ☐ Ronchi ☐ Sibilants			
Auscultation face antérieure : Murmures vésiculaires			
1 LSD ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
2 LSG ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
3 LM ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
4 LIG ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
5 LID ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
Auscultation face postérieure : Murmures vésiculaires			
6 LSG ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
7 LSD ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
8 LIG ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
9 LID ☐ Normaux ☐ Diminués ☐ Crépitants ☐ Sibilants			
		Sites auscultatoires :  ERPI, tous droits réservés	
Heure : ____hh:____mm Initiales : _____			

☐ sans objet						EXAMEN ABDOMINAL							
☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Constipation ☐ Diarrhée Date de dernière élimination intestinale : <u>aaaa/mm/jj</u> Aspect : _____ Toucher rectal : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____						 Voyer, 2011) L'examen clinique de l'ainé – guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Montréal : Saint-Laurent : Person-ERPI. Page. 151							
Inspection :													
Forme de l'abdomen : ☐ Plat ☐ Arrondi ☐ Distendu ☐ Concave ☐ Protubérant													
Symétrie de l'abdomen : ☐ Oui ☐ Non													
Auscultation :						QID	QSD	QSG	QIG				
Péristaltisme normal (4-35 bruits/min)						☐	☐	☐	☐				
Hypo actif (1-3 bruit/min)						☐	☐	☐	☐				
Hyper actif (<i>plus de 35 bruit/min</i>)						☐	☐	☐	☐				
Absent (<i>aucun bruit en 5 min</i>)						☐	☐	☐	☐				
Percussion						QID	QSD	QSG	QIG				
Tympanisme:						☐	☐	☐	☐				
Matité:						☐	☐	☐	☐				
Palpation superficielle :						QID	QSD	QSG	QIG	Palpation profonde :			
Abdomen souple :						☐	☐	☐	☐	Abdomen souple :			
Douleur :						☐	☐	☐	☐	Douleur :			
Résistance :						☐	☐	☐	☐	Résistance :			
Présence d'une masse :						☐	☐	☐	☐	Présence d'une masse :			
										Signe du ressaut + :			
Élimination urinaire (<i>derniers 8h</i>) :						☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____					
Douleur ou sensibilité sus-pubienne :						☐ Oui	☐ Non						
Présence d'un globe vésicale :						☐ Oui	☐ Non	Préciser : _____					
Bladder scan :						☐ Oui	☐ Non	Résultat : _____ mL					
Qualité de l'urine :						☐ Citrin	☐ Concentrée	☐ Rosée	☐ Hématurie	☐ Malodorante			
Ébranlement rénale : Gauche						☐ Normal	☐ Anormal						
Droit						☐ Normal	☐ Anormal						
Heure : <u>hh:mm</u> Initiales : _____													

☐ sans objet		EXAMEN DES TÉGUMENTS	
Dépistage de la déshydratation (évaluer l'ensemble des signes) :		Préciser à l'aide du schéma : 	
Langue ☐ Humide ☐ Sèche ☐ Normale ☐ Fissurée			
Salive ☐ Présente ☐ Diminuée ☐ Absente ☐ Liquéfiée ☐ Collante			
Muqueuses de la bouche : ☐ Humides ☐ Sèches			
Aisselles : ☐ Humides ☐ Sèches			
Sensation de soif : ☐ Oui ☐ Non			
Sensation de fatigue ☐ Oui ☐ Non			
Prise de liquide entre les repas : ☐ Oui ☐ Non			
Noter sur le schéma le(s) lettre(s) correspondante(s) (R / C / P / X) :			
R : Rougeurs		C : Éruption cutanée	
X : Autres (préciser) _____		P : Présence de plaies	
Site : _____ Type de plaie : _____			
Site : _____ Type de plaie : _____			
☐ Évaluation initiale de plaie (CLI-60185) ☐ Note évolutive de soins plaies (CLI-60238)			
		(Voyer, 2011) L'examen clinique de l'ainé – guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Montréal : Saint-Laurent : Person-ERPI	
		Heure : : Initiales : _____	

#Dossier :

Description des interventions effectuées jusqu'à maintenant et leur efficacité :

Ordonnance collective initiée : ☐ Oui ☐ Non Préciser :

Heure : hh:mm Initiales :

☐ Appel au médecin/IPS ☐ Inscription à la prochaine visite médicale ☐ Intensification de la surveillance clinique
☐ Appel à la famille ☐ PTI ajusté # constat : _____ ☐ Transfert hospitalier

Autres :

Heure : hh:mm Initiales :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____