



MOCLI60799

Installation : _____

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION ÉVALUATION INFIRMIÈRE INITIALE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

AUTORISATION

- ☐ Usager accepte le suivi au guichet rapide d'investigation et la consultation en télémédecine
- ☐ Usager donne son autorisation pour communiquer l'information recueillie aux membres de l'équipe

HISTOIRE DE SANTÉ ET ANTÉCÉDENTS

1 ^{er} examen anormal	Date : _____ aaaa/mm/jj _____ Résultat : _____
Histoire actuelle	_____
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 : _____
	Références : _____

MÉDICAMENTS

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Médicaments : ☐ Voir profil pharmaceutique Nom de la pharmacie : _____

ENSEIGNEMENT

- ☐ Feuilles et coordonnées envoyés ☐ Consignes de sécurité en cas de détérioration expliquées

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE

Taille : _____ cm	☐ Réelle ☐ Estimée	Âge : _____
Poids : _____ kg	☐ Réel ☐ Estimé	Variation de poids : _____ kg ☐ ↑ ☐ ↓ ☐ Réel ☐ Estimé
Notes complémentaires : _____		

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ aaaa/mm/jj