



MOCLI60800

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

GUICHET RAPIDE D'INVESTIGATION ÉVALUATION INFIRMIÈRE - COLORECTAL

ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU)

Symptômes

- ☐ Diarrhée ☐ Constipation ☐ Sang dans les selles ☐ Ballonnement ☐ Fatigue ☐ Faiblesse
☐ Nausée ☐ Vomissement ☐ Inappétence ☐ Changement dans les selles
☐ Autre : _____

Symptômes

- ☐ Intensité de la douleur : _____ /10
Région : ☐ Rectum ☐ Fosse iliaque : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Abdominal : ☐ QID ☐ QIG
☐ Sus-pubienne ☐ Omilic ☐ Autre : _____
Irradiation : ☐ Dos ☐ Sus-pubienne ☐ Aine ☐ Membres inférieurs
Description : ☐ Crampe ☐ Brûlure ☐ Coup de poignard ☐ Élanement
Depuis : ☐ _____ Jours ☐ _____ Semaines ☐ _____ Mois

Notes complémentaires : _____

☐ Colon ☐ Rectum

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					
Scan TAP					
IRM pelvienne					
Pathologie résultat					
Consultation en chirurgie					

VÉRIFICATIONS HEBDOMADAIRES DES EXAMENS PARACLINIQUES

Date	Initiales	Date	Initiales	Date	Initiales	Date	Initiales	Date	Initiales
aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj	
aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj	
aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj		aaaa/mm/jj	

NOTES COMPLÉMENTAIRES / SIGNATURE

☐ Dossier fermé au guichet en date du : _____ aaaa/mm/jj Initiales : _____

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES