

Installation(s) : _____

COLLECTE DE DONNÉES SOINS INFIRMIERS 1^{ÈRE} LIGNE - CLSC

Dossier : _____

Nom, prénom _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ ☐ F ☐ M
année mois jour

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

SECTION À COMPLÉTER PAR L'USAGER

Date: _____ ANNÉE/MOIS/JOUR

Qui vous envoie au CLSC: _____

Nom de votre médecin ou IPS* : _____

Téléphone : _____

Noms médecins spécialistes: _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Autres intervenants de santé:

☐ Nutritionniste

☐ Ergothérapeute

☐ Physiothérapeute

☐ Autres : _____

Quel est votre problème de santé actuel? _____

Personne à joindre en cas d'urgence : _____

Téléphone : _____

Recevez-vous des services du CLSC? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Avez-vous été hospitalisé au cours de la dernière année? (Si oui, à quel hôpital et pour quelle raison?)

☐ Oui

☐ Non

Préciser: _____

Si oui, êtes-vous porteur d'une bactérie multirésistante? (SARM, ERV, C difficile, KCP)

☐ Oui

☐ Non

Préciser: _____

Avez-vous des allergies?

☐ Oui

☐ Non

Préciser : _____

Nom de votre pharmacie: _____

Téléphone : _____

☐ Assurance privée

☐ SAAQ

☐ CNESST

Autre: _____

* IPS : Infirmière praticienne spécialisée

Antécédents de santé et diagnostic actuel

Souffrez-vous de troubles digestif? (constipation, diarrhée, nausée, douleur)

☐ Oui

☐ Non

Préciser: _____

Avez-vous des problèmes génito-urinaires? (douleur, problème urinaire ou gynécologique)

☐ Oui

☐ Non

Préciser: _____

Avez-vous des problèmes respiratoires? (douleur, toux, expectorations)

☐ Oui

☐ Non

Préciser: _____

Avez-vous des problèmes cardiaques?

☐ Oui

☐ Non

Préciser: _____

Antécédents chirurgicaux

☐ Oui

☐ Non

Préciser : _____

Traitements ou soins particuliers incluant la raison de votre consultation

Avez-vous de la difficulté à vous déplacer? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Aide requise à la marche? ☐ Oui ☐ Non

☐ Canne simple

☐ Tripode

☐ Quatripode

☐ Marchette

Avez-vous de la douleur? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Autonomie

Êtes-vous en mesure de faire vos activités de la vie quotidienne et vos tâches domestiques?

☐ Oui

☐ non

Préciser : _____

Habitudes de vie

Dormez-vous bien? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Avez-vous une diète particulière? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Avez-vous des problèmes reliés à l'alimentation? ☐ Oui ☐ Non _____

Commentaires : _____

Nombre de verre(s) d'eau par jour? ☐ 0 à 3 ☐ 4 à 5 ☐ 6 à 8

Êtes-vous fumeur? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Consommez-vous de l'alcool ou de la drogue? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Religion/idéologie : _____

Situation psychosociale

Vivez-vous seul? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un proche aidant? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Avez-vous des difficultés financières ou de transports?
☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

- ☐ Je consens à ce que les informations contenues dans le présent formulaire puissent être divulguées aux intervenants de la santé du CISSS de la Montérégie-Ouest et/ou à mon médecin de famille/ IPS/ médecin spécialiste.
- ☐ Je confirme que ces informations ont été complétées par moi ou mon représentant légal et que toutes les données et informations sont à jour et complètes au meilleur de mes connaissances.

Date : _____ ANNÉE/MOIS/JOUR Signature de l'utilisateur/représentant : _____

SECTION À COMPLÉTER PAR L'INFIRMIÈRE**Antécédents médicaux**

☐ Oui ☐ Non

☐ Angine	☐ Hypercholestérolémie	☐ MPOC/Asthme
☐ Apnée du sommeil	☐ Hypertension artérielle	☐ Cancer : _____
☐ Arthrite	☐ Hypothyroïdie	☐ Problème santé mentale
☐ AVC	☐ Infarctus	☐ Ostéoporose
☐ Diabète	☐ MCAS	☐ Autres: _____
☐ F.A.		

Médicament(s)

Connaissez-vous bien vos médicaments? ☐ Oui ☐ Non

☐ Impression des profils pharmacologiques sur le DSQ

☐ Si le profil pharmacologique est non disponible sur le DSQ, avisez le patient d'apporter son profil pharmacologique à la prochaine visite.

TA	PLS	RESP	SAT O ²	T°	POIDS	GAIN ou PERTE	TAILLE	GLUCO (PRN)
Note(s):								

Vaccination antigrippale : _____

Références

☐ Centre d'enseignement du diabète ☐ Abandon du tabac ☐ SAD ☐ Asthme/MPOC

☐ Oncologie ☐ Psychosocial ☐ Autres: _____

Particularités/Soins particuliers (pansement, O₂, gavage, dialyse, etc.) : _____

Inscription au 24/7 : ☐

Prévention des chutes

- Avez-vous fait une ou plusieurs chutes dans la dernière année?
 Si oui, combien de chutes avez-vous fait? _____ ☐ Oui ☐ Non
 - Avez-vous de la difficulté à marcher ou avez-vous des troubles d'équilibre? ☐ Oui ☐ Non
 - Avez-vous peur de tomber? ☐ Oui ☐ Non
- Si plus de deux questions positives, dépliant de prévention des chutes remis à l'utilisateur ☐ Oui ☐ Non

Date : _____ ANNÉE/MOIS/JOUR Signature de l'infirmière: _____