

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

ÉVALUATION INITIALE CARDIORESPIRATOIRE EN PHYSIOTHÉRAPIE

Nom et Prénom du professionnel (en lettres moulées):	No Permis :	Évaluation réalisée le : aaaa/mm/jj
--	-------------	--

CONSENTEMENT À L'ÉVALUATION

Le consentement à l'évaluation a été obtenu

☐ Usager

☐ Non obtenu Cause :

☐ Représentant légal

MOTIF DE CONSULTATION

HISTOIRE MÉDICALE ACTUELLE

CA/ATCD

Initiales _____

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Examens pertinents :

Allergies :	Médication : ☐ CF liste au dossier ce jour
Habitudes de vie : ☐ Tabac :	☐ ROH : ☐ Drogue :

Environnement physique et social :
AVD/AVQ, loisirs, occupation :

DONNÉES SUBJECTIVES	
☐ N/É	
Douleur : ☐ Non	☐ Oui ____/10 Site :
Autre :	

Objectifs de l'usager :

DONNÉES OBJECTIVES	
Observations :	
Orientation :	Collaboration :
Signes vitaux :	FC ____ bpm SPO ₂ ____ % T° ____ °C TA ____ / ____
O ₂ :	☐ AA ☐ LN ____ L/min ☐ VM ____ % ☐ CT ____ % ☐ Optiflow ____ %
☐ Ventilation mécanique :	
Équipement	☐ Sonde urinaire ☐ Soluté(s) ☐ Tube naso-gastrique ☐ Drain(s) ☐ Ligne artérielle
☐ Autre :	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Initiales _____

Évaluation respiratoire ☐ N/É				
Patron respiratoire :				
Auscultation :				
Toux	☐ Forte	☐ Mi-forte	☐ Faible	☐ Douloreuse
	☐ Grasse	☐ Mi-grasse	☐ Sèche	☐ Incapable/refuse
Expectorations	☐ Non	☐ Oui :		
Spirométrie	☐ Inspi _____cc	x _____ répétitions	x _____ séries	
	☐ Expi _____cc	x _____ répétitions	x _____ séries	

Mobilité fonctionnelle ☐ N/É

ANALYSE	
Liste des problèmes	
☐ Douleur	☐ ↓ force musculaire
☐ ↓ ventilation	☐ ↓ autonomie fonctionnelle
☐ ↓ oxygénation	☐ Altération de l'état de conscience
☐ Patron respiratoire altéré	☐ Oedème
☐ Encombrement trachéobronchique	☐ ↓ efficacité de la toux
☐ Autre :	

Libellé diagnostic :

Objectifs de traitement :

Nom : _____ Prénom : _____ #Dossier : _____

Initiales _____

PLAN DE TRAITEMENT	
☐ ↑ ventilation	☐ Aide à la toilette trachéobronchique
☐ Stimulation à la toux	☐ Exercices circulatoires
☐ Enseignement/conseils	☐ Maintien de la mobilité articulaire
☐ Évaluation des transferts/marche	☐ Rééducation aux transferts/marche
☐ Autre : _____	

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT
☐ Le plan de traitement a été expliqué, compris et accepté par l'utilisateur
☐ L'utilisateur refuse de recevoir un traitement
☐ L'utilisateur n'est pas en mesure de consentir au traitement
Commentaires : _____

Signature : _____ Date : _____

aaaa/mm/jj

Note : Cet outil est basé sur le formulaire d'évaluation initiale en physiothérapie du CHUM spécifique à la clientèle cardiorespiratoire.