

Examen clinique infirmier de première ligne pour l'évaluation des SCPD

Examen clinique infirmier de 1^{re} ligne pour évaluation des SCPD		Nom : _____
		Prénom : _____
		Date de l'examen : ____/____/____
Malaise dominant :	Score à l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (si pertinent) : _____ /203	
ANAMNÈSE DE DÉPART		
Provoquer / Pallier	Provoquer (facteurs individuels / environnementaux / interactionnels) Mesures palliatives :	
Qualité / Quantité		
Région / Irradiation		
Signes / Symptômes		
Temps / Intermittence (fréquence, durée, moment)		
SIGNES VITAUX		
T° : _____ °C Rectale <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/>		
Respiration : _____ /min		
Saturation : _____ % AA <input type="checkbox"/> Avec O ₂ _____ L/min <input type="checkbox"/>		
Pouls : _____ /min Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>		
P. artérielle : _____ / _____		
Poids : _____ kg Stable depuis 3 mois : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sinon, préciser : _____ kg Date : _____ / _____ / _____		
ÉVALUATION DE LA PRÉSENCE DE MANIFESTATIONS DE PROBLÈMES DE SANTÉ		
Perte d'autonomie :	Récente et soudaine (≤ 1 semaine) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Changement de comportements :	Récent et soudain (≤ 1 semaine) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Modification de l'état mental :	Récente et soudaine (≤ 1 semaine) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Difficulté respiratoire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>	
Toux :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____	
Douleur :	Cardiaque (DRS) <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Préciser : _____	
Fatigue :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____	
Perte d'appétit	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____	
Signes de problèmes digestifs : Ex. : reflux, vomissement, touche estomac	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____	
Signes de problèmes éliminatoires : Ex. : constipation / diarrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____	
Isolement social, reste en retrait :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand : _____	
Autres signes physiques pertinents : Ex. : blessure traumatique, chute	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____	
EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL		
Capacité d'attention :	Attentif <input type="checkbox"/> Inattentif <input type="checkbox"/>	
État de conscience :	Léthargique Stuporeux Alerte <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> (verbal) <input type="checkbox"/> (physique) <input type="checkbox"/> Comateux <input type="checkbox"/>	
Problème(s) perceptuel(s) :	Illusion(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____ Hallucination(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifier : _____	
EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL		
Idée(s) délirante(s)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____	

Orientation spatio-temporelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser : Temps <input type="checkbox"/> Espace <input type="checkbox"/>
Signes de dépression :	Humeur dépressive : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Perte d'intérêt dans les activités de loisirs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Signes d'anxiété :	Préciser :
Signes d'insomnie :	Préciser :
Stades du déclin des facultés cognitives :	Stade 5 : <input type="checkbox"/> Besoin d'aide pour le choix des vêtements et de stimulation pour l'hygiène Stade 6 : <input type="checkbox"/> Besoin d'assistance pour s'habiller, prendre son bain ou douche, aller à la toilette. Présence d'incontinence urinaire et fécale. Stade 7 : <input type="checkbox"/> Langage limité à 6 mots/phrases intelligibles/jour allant jusqu'à 1 seul mot/phrase/jour, incapacité pour se déplacer sans aide, se tenir assis, sourire et soutenir sa tête sans appui.
Autres signes de l'état mental pertinent :	Préciser :

**EXAMEN DE LA BOUCHE, DES SIGNES DE DÉSHYDRATATION
ET RÉALISATION DE LA PALPATION PROFONDE DE L'ABDOMEN**

Bouche :	Problèmes buccodentaires (rougeur, ulcère, lésions, etc.) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : _____
Déshydratation :	Langue sèche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Absence de salive : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Turgor sternal : Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Turgor frontal : Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>
Palpation :	QID : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> QIG : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> QSD : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> QSG : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>

EXAMEN PULMONAIRE (*minimum requis : les lobes inférieurs en face postérieure*)

Auscultation					
FACE ANTÉRIEURE : Bronche et lobes supérieurs, lobe moyen et lobes inférieurs					
Bruits bronchiques :	Normaux	Ronchi	Sibilants		
A Bronche droite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B Bronche gauche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Murmures vésiculaires	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants	
① LSD :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
② LSG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③ LM :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ LIG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤ LID :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

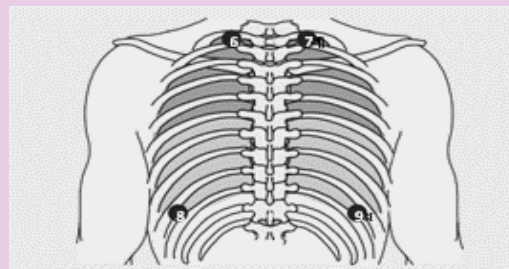
EXAMEN PULMONAIRE (minimum requis : les lobes inférieurs en face postérieure)

Auscultation

FACE POSTÉRIURE : Lobes supérieurs et lobes inférieurs

Murmures vésiculaires

	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
6 LSG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 LSD :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 LID :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 LIG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



EXAMEN DES SEINS ET DE LA MOBILITÉ

Déficit auditif : Non Oui Compensé Non compensé

Déficit visuel : Non Oui Compensé Non compensé

Mobilité :

Capable de marcher sur 3 mètres Sans aide Avec aide technique : _____

Mobilité :

Capable de circuler sur l'unité (Ex. : chaise roulante) Sans aide Avec aide technique : _____

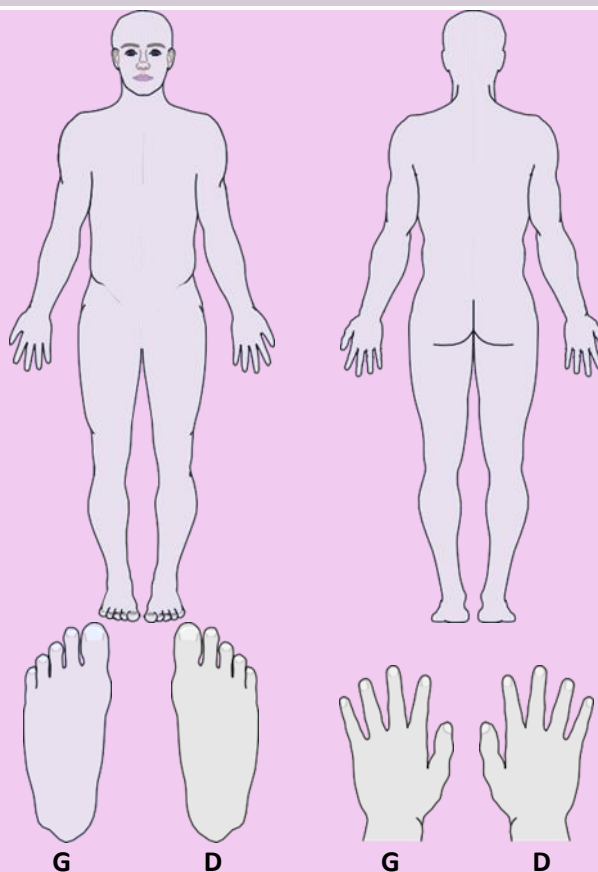
EXAMEN DE LA PEAU

Plaie : Oui Non
Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma
Stade : _____

Rougeur : Oui Non
Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma

Œdème : Oui Non
Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma

Autres signes cliniques pertinents : Préciser et localiser le site sur le schéma



AUTRES ÉVALUATIONS JUGÉES PERTINENTES

ANALYSE GLOBALE DE LA SITUATION

Ajustement au PTI : Oui Non

Consultation d'un autre professionnel de la santé requise : Oui Non

Préciser : _____

Signature : _____

Date : _____