



S M 0 2 5 1 2

ACCUEIL CLINIQUE
ÉVALUATION/SUIVI DE L'INFIRMIÈRE

Consentement: Patient Représentant légal Double identification faite

Suspicion de cellulite

ÉVALUATION LORS DE LA VISITE À L'ACCUEIL CLINIQUE

MÉDICAMENTS / ALLERGIE(S) :

Allergie(s) et/ou intolérance (s) : Oui Non, spécifiez : _____

Prise de médication récente : _____

Liste récente des médicaments obtenue De sa pharmacie DSQ BCM Aucune médication

DIAGNOSTICS ASSOCIÉS, ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX Aucun

Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Dyslipidémie	<input type="checkbox"/> Pontage ou revascularisation <input type="checkbox"/> Autre :
Respiratoire	<input type="checkbox"/> MPOC/Asthme	<input type="checkbox"/> Autre :
Dermatologique	<input type="checkbox"/> Exéma <input type="checkbox"/> Présence d'une plaie (voir formulaire d'évaluation initial de la plaie)	<input type="checkbox"/> Autre :
Vasculaire	<input type="checkbox"/> Insuffisance veineuse <input type="checkbox"/> Insuffisance artérielle	<input type="checkbox"/> Lymphoedème : nouvelle condition : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="checkbox"/> Autre :
Neurologique	<input type="checkbox"/> AVC-AIT <input type="checkbox"/> Parésie ou paralysie	<input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Autre :
Endocrinologie	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Autre :
Urologie-néphrologie	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Autre :
Hématologie-oncologie	<input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Cancer. Lequel : <input type="checkbox"/> Autre :
Orthopédie	<input type="checkbox"/> Fractures : localisation : _____ <input type="checkbox"/> Chirurgies (prothèse, ROFI) : _____ <input type="checkbox"/> Autre :	
Immunologie	<input type="checkbox"/> Cellulite à répétition <input type="checkbox"/> Abscess-furoncles à répétition	<input type="checkbox"/> Autre :
Chirurgies antérieures	<input type="checkbox"/> Autre :	

HABITUDES DE VIE :

Tabac : Oui Non Paquet(s)/jour : _____ Cessé/Actif depuis : _____

Fumeur passif : Oui Non

Référence au CAT : Oui Non Raison : _____

Alcool et drogue : Oui Non Occasionnel Régulier Nb/Type de consommations : _____

Si oui, fréquence de consommation : Die Semaine Autre : _____

Voyage récent : Oui Non Lieu et date : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

Suspicion de cellulite

ÉVALUATION PSYCHO-SOCIALE

Soutien social : Conjoint(e) Enfant(s)/ Famille Type d'habitation : _____

Autonomie dans les AVQ-AVD : Oui Non

Personne-ressource à contacter : _____

ÉVALUATION SPÉCIFIQUE DE LA CELLULITE

Événement causal connu : Oui Non Lequel : _____

Début des symptômes (préciser date) : _____

Localisation de la cellulite : _____

Antibiothérapie reçue ? depuis quand ? : _____

Si morsure animale :

-vaccination antitétanique à jour ? Oui Non

-l'usager a-t-il été évalué pour le risque de transmission de la rage ? Oui Non

-l'usager a-t-il reçu des immunoglobulines pour la rage et la vaccination antirabique ? Oui Non

Référence vers le CLSC d'appartenance pour le suivi de la vaccination

AUTRES SIGNES ET SYMPTÔMES

Fièvre/frissons Inappétence Nausées Vomissements

Épisodes précédents avec symptômes similaires : _____

Autre(s) : _____

PARAMÈTRES CLINIQUES :

PA : _____ / _____ mmHg FC : _____ / minute Rythme cardiaque : _____

T°B : _____ / _____ °C FR : _____ / minute SaO2 : _____ % (AA O2 _____)

Poids : _____ Kg / Lb

EXAMEN PHYSIQUE

Rougeur: Étendue, localisation : _____

Œdème à godet: Oui Non Localisation : _____

Chaleur

Douleur

Évaluation de la douleur :

Localisation : _____

Irradiation : _____

Échelle 0 à 10 : _____

Qualité de la douleur : _____

Soulagé par : _____

Médication prise : _____

ÉVALUATION DE LA PLAIE

Voir formulaire évaluation initiale de la plaie.



**ACCUEIL CLINIQUE
ÉVALUATION/SUIVI DE L'INFIRMIÈRE**

Suspicion de cellulite

ADMISSIBILITÉ À L'ACCUEIL CLINIQUE :

- Oui : Amorce du protocole selon l'Ordonnance individuelle standardisée MICROBIO-1
 Non : Usager redirigée vers : _____

INFORMATIONS/ENSEIGNEMENT :

- Fait à l'usager Fait à l'accompagnateur, précisez : _____

Compréhension de la condition clinique : Oui Non

Connaissance des signes et symptômes à surveiller : Satisfaisante Limitée

Connaissance des ressources à sa disposition si un problème se présente : Oui Non

Connaissance de la médication : Satisfaisante Limitée, précisez : _____

DOCUMENTS REMIS À L'USAGER :

- Coordonnées de l'accueil clinique
- Guide d'information « Saignement en début de grossesse
- Prescription(s)
- Requête(s) pour prélèvement(s) sanguin(s) et/ou épreuve(s) diagnostique(s)
- Coordonnées du CLSC impliqué s'il y a lieu
- Demande(s) de consultation
- Autre : _____

RÉFÉRENCES :

- Travailleur social Psychologue Nutritionniste Unité de médecine de jour

Autre intervenant : Raison(s) : _____

CLSC : _____ Raison(s) : _____

DSIE : Non applicable Complétée Date : _____ Heure : _____

