

Table des matières

Identification

Vos habitudes de vie

Alimentation

Activité physique

Tabagisme

Alcool et drogues

Santé cardiométabolique

Cancers

Immunisation

Traumatismes liés aux chutes

Déficits sensoriels et cognitifs (65 ans et +)

Santé mentale

Santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle

Bilan de santé



Formulaire d'évaluation de l'infirmière

Identification

Date d'aujourd'hui : _____ / _____ / _____ Numéro de dossier : _____
 Nom : _____ Sexe : M F
 Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge : _____
 État civil : _____ Vit avec : _____
 Occupation : _____ Niveau de scolarité : _____
 Origine ethnique : _____ Langue : _____
 Hospitalisations : _____
 Médicaments : _____
 Vitamines/produits naturels : _____
 Allergies : _____

Habitudes de vie

Alimentation

Alimentation	Conforme au GAC/ Un repas bien pensé	Points à améliorer/ Commentaires
Groupes alimentaires		
Fast food, boissons gazeuses, desserts ou collations sucrées, etc.		
Repas (nombre, repas pris à l'extérieur, etc.)		

Calcium _____ Vitamine D _____

Activité physique

Types d'activité physique	Fréquence	Effort fourni	Commentaires
Aérobie			
Musculaire			
Équilibre (65 ans et +)			

Tabagisme

Statut : Non-fumeur Ex-fumeur Rechute Fumeur
 Nb de cigarettes par jour : _____ Autre produit : _____
 1^{re} cig. <30 min. du réveil Tabagisme depuis : _____
 Personnes âgées + 40 ans : Symptômes respiratoires : Toux Expectorations Dyspnée
 Sibilances IVRS
 Exposition à la fumée secondaire : _____
 Motivation à cesser : _____
 Commentaires : _____



Alcool et drogues

Antécédents familiaux d'abus de substance : Non Oui _____

Nombre de consommations/jour : _____ X Nombre de jours/semaine : _____ = _____

Nombre de consommations d'alcool par semaine : _____ Consommation > recommandations

Consommation de drogues et médicament (produit, fréquence) : _____

Consommation de drogue par injection (antérieure ou actuelle) : _____

Commentaires : _____

Santé cardiovasculaire

Facteurs de risque

Antécédents personnels :

Diabète Dyslipidémie Diabète de grossesse Bébé > 4 Kg Autochtone

Antécédents familiaux (1^{er} et 2^e degrés) : Diabète Dyslipidémie MCAS précoce

Bilan antérieur : Glycémie _____ Dyslipidémie _____

Commentaires : _____

Cancers

Facteurs de risque

Afro-américain Juive ashkénaze Exposition au soleil sans protection

Antécédents personnels et familiaux

Maladies	Antécédents personnels	Antécédents familiaux (1 ^{er} degré et 2 ^e degrés)	
		Maternels	Paternels
Cancers (types)			
Maladies intestinales (inflammatoires ou polypes)			

Bilan antérieur

Test	Date du dernier examen/résultat
Recherche de sang dans les selles	
Colonoscopie	
Pap Test	
Mammographie	
Antigène prostatique spécifique	

Commentaires : _____



Immunisation

- Vaccins de base : _____ Rappel de tétanos : _____
- Autres : _____
- Femmes susceptibles de devenir enceintes :
- Rubéole _____ Varicelle _____

Traumatismes liés aux chutes

Facteurs de risque

- Antécédents personnels : Fracture de fragilité après 40 ans _____
- Antécédents familiaux (père, mère) : fracture de la hanche _____
- Bilan antérieur : ostéodensitométrie _____
- Chute dans les 12 derniers mois : _____

Déficits sensoriels et cognitifs (65 ans et +)

- Problèmes auditifs : _____
- Problèmes visuels : _____
- Dernier examen de la vue : _____
- Problèmes cognitifs évoqués spontanément : _____

Santé mentale

- Antécédents personnels de problème de santé mentale : _____
- Antécédents familiaux de problème de santé mentale : _____
- Excès de stress/source : _____
- Sommeil : _____
- Présence de soutien : _____

Repérage des personnes avec une humeur dépressive

- Dans les 4 dernières semaines : Tristesse _____ Perte de plaisir : _____

Repérage des personnes victimes de violence/maltraitance

Commentaires : _____



Santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle

Projet de grossesse : _____ DDM : _____

Besoin de contraception d'urgence : _____ Contraception régulière : _____

Facteurs de risque d'ITSS : Nouveau partenaire _____ Nombre de partenaires _____

Relations sexuelles à risque Dépistage ITSS souhaité Risque lié à usage de drogues

Commentaires : _____

Bilan de santé

Changement prioritaire pour la personne

Alimentation Activité physique Poids Tabagisme

Alcool ou autre substance Gestion du stress Protection solaire Santé sexuelle

Préoccupations de santé actuelles : _____

Notes : _____

Signature de l'infirmière : _____