

Soins préventifs – Fiche de contrôle®

Pour l'évaluation routinière de l'état de santé de la femme à risque moyen



Élaboré par: Dre. V. Dubey, Dr. R. Mathew, Dr. K. Iglar
 Revu par: Dre. A. Zaltman, Dr. K. Iglar, Dre. V. Dubey

Veillez prendre note:

Caractères gras = Preuves de bonne qualité (selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventives)
Italique = Preuves passables (selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventives)
 Texte régulier = lignes directrices d'autres sources canadiennes

(Voir l'endos pour références et le texte encadré pur explications)

Nom:

Sexe:

DDN:

Âge:

Carte santé:

Tél:

Adresse:

Date:

<p>Préoccupations actuelles</p>		<p>Mode de vie/Habitudes</p> <p>Diète: <i>Gras/Cholestérol</i> Fibres <i>Calcium</i> Sodium</p> <p>Exercice: Travail/Éducation: Pauvreté: Famille: Relations:</p> <p>Tabagisme: Alcool: Drogues: <i>Histoire de la Sexualité:</i> Planification Familiale/Contraception: Sommeil:</p>																																											
<p>Revue fonctionnelle des systèmes</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Normal</th> <th>Remarques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TÊTE ORLO:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CV:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resp:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seins:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GI:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GU/ Menstruations:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Normal	Remarques	TÊTE ORLO:	<input type="checkbox"/>		CV:	<input type="checkbox"/>		Resp:	<input type="checkbox"/>		Seins:	<input type="checkbox"/>		GI:	<input type="checkbox"/>		GU/ Menstruations:	<input type="checkbox"/>		<p>Mise à jour du profil cumulatif de la patiente</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Hospitalisations/Chirurgies <input type="checkbox"/> Allergies</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Normal</th> <th>Remarques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonction Sexuelle:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Musc-squel:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neuro:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dermato:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Santé Mentale:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Symptômes Généraux:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Normal	Remarques	Fonction Sexuelle:	<input type="checkbox"/>		Musc-squel:	<input type="checkbox"/>		Neuro:	<input type="checkbox"/>		Dermato:	<input type="checkbox"/>		Santé Mentale:	<input type="checkbox"/>		Symptômes Généraux:	<input type="checkbox"/>	
	Normal	Remarques																																											
TÊTE ORLO:	<input type="checkbox"/>																																												
CV:	<input type="checkbox"/>																																												
Resp:	<input type="checkbox"/>																																												
Seins:	<input type="checkbox"/>																																												
GI:	<input type="checkbox"/>																																												
GU/ Menstruations:	<input type="checkbox"/>																																												
	Normal	Remarques																																											
Fonction Sexuelle:	<input type="checkbox"/>																																												
Musc-squel:	<input type="checkbox"/>																																												
Neuro:	<input type="checkbox"/>																																												
Dermato:	<input type="checkbox"/>																																												
Santé Mentale:	<input type="checkbox"/>																																												
Symptômes Généraux:	<input type="checkbox"/>																																												
<p>Comportement</p> <p><input type="checkbox"/> acide folique (0,4-0,8 mg/jour, pour les femmes enceintes) <input type="checkbox"/> <i>habitudes alimentaires</i> <input type="checkbox"/> apport calcique adéquat (1000 à 1200 mg/jour) <input type="checkbox"/> apport adéquat de vitamine D (400-2000 UI/jour) <input type="checkbox"/> <i>activité physique modérée régulière</i> <input type="checkbox"/> <i>éviter l'exposition au soleil, utiliser des vêtements de protection</i> <input type="checkbox"/> <i>rapports sexuels protégés/information concernant ITS</i></p> <p>L'Embonpoint (IMC 25-29) ou L'obésité (IMC 30-39) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> interventions comportementaux pour amaigrissement <input type="checkbox"/> dépistage de la maladie mentale si obèse <input type="checkbox"/> prise en charge multidisciplinaire</p> <p>Tabagisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> cessation du tabagisme <input type="checkbox"/> substitution de la nicotine/d'autres drogues <input type="checkbox"/> <i>conseils diététiques sur la consommation de fruits et de légumes verts feuillus</i> <input type="checkbox"/> <i>orientation vers un programme validé de cessation du tabagisme</i></p>	<p>Alcool <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <i>dépistage de l'abus d'alcool</i> <input type="checkbox"/> <i>conseils pour diminuer l'abus d'alcool</i></p> <p>Personne âgée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> évaluation des chutes (si antécédents de chutes)</p> <p>Hygiène bucco-dentaire</p> <p><input type="checkbox"/> brossage des dents/soie dentaire <input type="checkbox"/> fluorure (dentifrice/supplément) <input type="checkbox"/> <i>détartrage des dents et prophylaxie</i> <input type="checkbox"/> cessation du tabagisme</p>	<p>Sécurité personnelle</p> <p><input type="checkbox"/> protection de l'audition <input type="checkbox"/> programmes de contrôle anti-bruit <input type="checkbox"/> <i>ceintures de sécurité</i></p> <p>Parents avec enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <i>la prévention anti-poison</i> <input type="checkbox"/> <i>détecteurs de fumée</i> <input type="checkbox"/> <i>vêtements de nuit ininflammables</i> <input type="checkbox"/> <i>réglage du thermostat du réservoir d'eau chaude (<54°C)</i></p>																																											

Avertissement: Ce formulaire est un guide pour l'examen médical périodique de l'adulte. La dernière mise remonte à Juin 2018. Les recommandations s'appliquent aux adultes à risques moyen.

Endorsed by:



Veillez prendre note:

Caractères gras = Preuves de bonne qualité (selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventives)
Italique = Preuves passables (selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventives)
 Texte régulier = lignes directrices d'autres sources canadiennes



Nom:

Examen physique

Frottis: TA: Taille: Poids: IMC:

Âge	≤ 64 years	≥ 65 ans
Labo/Investigations	<input type="checkbox"/> Mammographie (50-74 ans, q2-3) <input type="checkbox"/> Hemocult multiphase q2 ans (≥50 ans) OU <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopie <input type="checkbox"/> Cytologie du col q1-3 ans (si active sexuellement et 25-69 ans) <input type="checkbox"/> Dépistage de la gonorrhée/du Chlamydia/et de la Syphilis/VIH/VHB/VHC (haute risque) <input type="checkbox"/> Lipidogramme à jeun q1-5 ans (≥50 ans, ménopausée, ou plus tôt si à risque) <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun ou A1C, si risque de diabète élevé <input type="checkbox"/> Densité minérale osseuse si à risque <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie (TDM) à faible dose (âgés de 55-74 ans possédant des antécédents de tabagisme d'au moins 30 paquets-années qui fument à l'heure actuelle ou ont arrêté de fumer il y a moins de 15 ans (un maximum de 3 années consécutives))	<input type="checkbox"/> Mammographie (50-74 ans, q2-3) <input type="checkbox"/> Hemocult multiphase q2 ans (jusqu'à 74 ans) OU <input type="checkbox"/> Sigmoïdoscopie <input type="checkbox"/> <i>Audioscopie (ou s'informer/test de la voix chuchotée)</i> <input type="checkbox"/> Lipidogramme à jeun q1-5 ans (≤75 ans) <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun ou A1C, si risque de diabète élevé <input type="checkbox"/> Densité minérale osseuse <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie (TDM) à faible dose (âgés de 55-74 ans possédant des antécédents de tabagisme d'au moins 30 paquets-années qui fument à l'heure actuelle ou ont arrêté de fumer il y a moins de 15 ans (un maximum de 3 années consécutives))
Immunisations	<input type="checkbox"/> Vaccin antitétanique q10 ans <input type="checkbox"/> Vaccin contre l'influenza q1 an <input type="checkbox"/> Vaccin contre le méningocoque <input type="checkbox"/> Vaccin acellulaire contre coqueluche <input type="checkbox"/> Vaccin recombinant contre le zona (≥50 ans) <input type="checkbox"/> Vaccin contre le virus du papillome humain (jusqu'à 45 ans) <input type="checkbox"/> Vaccin contre la rubéole/rugéole/oreillons <input type="checkbox"/> Vaccin contre la varicelle (2 doses)	<input type="checkbox"/> Vaccin antitétanique q10 ans <input type="checkbox"/> Vaccin contre l'influenza q1 an <input type="checkbox"/> Vaccin antipneumococcique <input type="checkbox"/> Vaccin acellulaire contre coqueluche <input type="checkbox"/> Vaccin recombinant contre le zona <input type="checkbox"/> Vaccin contre la varicelle (2 doses)

Évaluations et Plans:

Date:

Signature:

Références: Voir la fiche explication de références et les recommandations.