

# Soins préventifs – Fiche de contrôle®

## Pour l'évaluation routinière de l'état de santé de l'homme 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 pour explications)

Nom:

Sexe:

DDN:

Âge:

Carte santé:

Tél:

Adresse:

Date:

<p><b>Préoccupations actuelles</b></p>		<p><b>Mode de vie/Habitudes</b></p> <p>Diète: <i>Gras/Cholestérol</i> Fibres <i>Calcium</i> Sodium</p> <p>Exercice:</p> <p>Travail/Éducation:</p> <p>Pauvreté:</p> <p>Famille:</p> <p>Relations:</p> <p><i>Tabagisme:</i> <i>Alcool:</i> <i>Drogues:</i> <i>Histoire de la Sexualité:</i></p> <p>Planification Familiale/Contraception: Sommeil:</p>																																								
<p><b>Revue fonctionnelle des systèmes</b></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>GI:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GU:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fonction Sexuelle:</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"/>		GI:	<input type="checkbox"/>		GU:	<input type="checkbox"/>		Fonction Sexuelle:	<input type="checkbox"/>		<p><b>Mise à jour du profil cumulatif de la patiente</b></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>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	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"/>																																									
GI:	<input type="checkbox"/>																																									
GU:	<input type="checkbox"/>																																									
Fonction Sexuelle:	<input type="checkbox"/>																																									
	Normal	Remarques																																								
Musc-squel:	<input type="checkbox"/>																																									
Neuro:	<input type="checkbox"/>																																									
Dermato:	<input type="checkbox"/>																																									
Santé Mentale:	<input type="checkbox"/>																																									
Symptômes Généraux:	<input type="checkbox"/>																																									
<p>Education/ Conseils</p> <p>Pour la population générale à moins d'indication contraire</p>	<p><b>Comportement</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>habitudes alimentaires</i>  <input type="checkbox"/> <i>conseils diététiques sur le gras/cholestérol (30-69 ans)</i>  <input type="checkbox"/> apport calcique adéquat (1000 à 1200 mg/jour)  <input type="checkbox"/> apport adéquat de vitamine D (400-2000 IU/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><b>L'Embonpoint (IMC 25-29) ou L'obésité (IMC 30-39)</b>      <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><b>Tabagisme</b>      <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <b>cessation du tabagisme</b>  <input type="checkbox"/> <b>substitution de la nicotine/d'autres drogues</b>  <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><b>Alcool</b>      <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><b>Personne âgée</b>      <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <b>évaluation des chutes</b> (si antécédents de chutes)</p> <p><b>Hygiène bucco-dentaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>brossage des dents/soie dentaire</b>  <input type="checkbox"/> <b>fluorure (dentifrice/supplément)</b>  <input type="checkbox"/> <i>détartrage des dents et prophylaxie</i>  <input type="checkbox"/> <b>cessation du tabagisme</b></p> <p><b>Sécurité personnelle</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>protection de l'audition</b>  <input type="checkbox"/> <b>programmes de contrôle anti-bruit</b>  <input type="checkbox"/> <i>ceintures de sécurité</i></p> <p><b>Parents avec enfants</b>      <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 (&lt;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"/> <i>Hemocultt multiphase</i> q2 ans (âge ≥50) OU <input type="checkbox"/> <i>Sigmoïdoscopie</i> <input type="checkbox"/> <b>Dépistage de la gonorrhée/du Chlamydia/et de la Syphilis/VIH/VHB/VHC</b> (haute risque) <input type="checkbox"/> Lipidogramme à jeun q1-5 ans (≥40 ans ou avant si à risque) <input type="checkbox"/> <i>Glycémie à jeun ou A1C, si risque de diabète élevé</i> <input type="checkbox"/> <i>Densité minérale osseuse si à risque</i> <input type="checkbox"/> <i>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)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Hemocultt multiphase q2 ans</b> (jusqu'à 74 ans) OU <input type="checkbox"/> <b>Sigmoïdoscopie</b> <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"/> <i>Glycémie à jeun ou A1C</i> <input type="checkbox"/> <i>Densité minérale osseuse</i> (réévaluer le risque dans 1-3 ans en cas de risque modéré, dans 5 ans si faible risque) <input type="checkbox"/> <i>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)</i> <input type="checkbox"/> Dépistage ponctuel pour l'AAA (échographie une fois de 65 à 80 ans)
Immunisations	<input type="checkbox"/> <b>Vaccin antitétanique q10 ans</b> <input type="checkbox"/> <b>Vaccin contre l'influenza q1 an</b> <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"/> <i>Vaccin contre la varicelle (2 doses)</i> <input type="checkbox"/> <i>Vaccin contre la rubéole/rugéole/oreillons</i> <input type="checkbox"/> Vaccin contre le virus du papillome humain (≤26 ans ou homosexuel)	<input type="checkbox"/> <b>Vaccin antitétanique q10 ans</b> <input type="checkbox"/> <b>Vaccin contre l'influenza q1 an</b> <input type="checkbox"/> Vaccin antipneumococcique <input type="checkbox"/> Vaccin acellulaire contre coqueluche <input type="checkbox"/> Vaccin recombinant contre le zona <input type="checkbox"/> <i>Vaccin contre la varicelle (2 doses)</i>

**Évaluations et Plans:**

Date:

Signature:

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