

DT9023

## ÉVALUATION MÉDICALE GLOBALE EN SOINS DE LONGUE DURÉE ANAMNÈSE

### Sources d'information

Malade     Famille     Résumé de dossier     Autres \_\_\_\_\_

### Maladie actuelle

Indiquer la nature, la durée et l'évolution de la maladie ayant causé la perte d'autonomie et décrire, selon le cas, l'histoire des syndromes gériatriques suivants : chutes répétées, incontinence, polypharmacie, troubles cognitifs, délirium, dépression, syndrome douloureux.



Nom	Prénom	N° de dossier médical
-----	--------	-----------------------

Autonomie fonctionnelle (à effectuer si le résultat de cette évaluation n'existe pas ailleurs dans le dossier)			
		Incapacité	Si l'utilisateur a des problèmes ou incapacités, préciser :
<b>A.V.Q.</b>	Se nourrir	Non Oui	
	Se laver	Non Oui	
	S'habiller (toutes saisons)	Non Oui	
	Entretenir sa personne	Non Oui	
	Fonction vésicale	Non Oui	
	Fonction intestinale	Non Oui	
	Utiliser les toilettes	Non Oui	
	Transferts	Non Oui	
<b>Mobilité</b>	Marcher à l'intérieur	Non Oui	
	Installer prothèse ou orthèse	Non Oui	
	Se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur	Non Oui	
	Utiliser les escaliers	Non Oui	
	Circuler à l'extérieur	Non Oui	
<b>Communication</b>	Voir	Non Oui	
	Entendre	Non Oui	
	Parler	Non Oui	
<b>Fonctions mentales</b>	Mémoire	Non Oui	
	Orientation	Non Oui	
	Compréhension	Non Oui	
	Jugement	Non Oui	
	Comportement	Non Oui	
<b>Autres</b>	Prendre ses médicaments	Non Oui	

Revue des systèmes	
Cocher chaque détail demandé; encrer si anormal et décrire en mentionnant le numéro.	
<p><b>Ophthalmologique</b></p> <p>1 Acuité 2 Verres correcteurs 3 Douleur</p> <p><b>O.R.L.</b></p> <p>4 Audition 5 Appareil auditif 6 Acouphène 7 Santé dentaire 8 Prothèse dentaire 9 Douleur</p> <p><b>Cardio-respiratoire</b></p> <p>10 Toux 11 Expectorations 12 Hémoptysie 13 Dyspnée 14 Orthopnée 15 Douleurs thoraciques 16 Palpitations 17 Claudication 18 Oedème</p> <p><b>Digestif</b></p> <p>19 Poids (variation) 20 Appétit 21 Dysphagie 22 Reflux 23 Brûlures 24 Nausées-vomissements 25 Douleurs abdominales 26 Élimination 27 Saignements</p>	

Nom	Prénom	N° de dossier médical
-----	--------	-----------------------


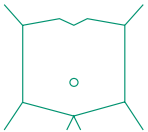
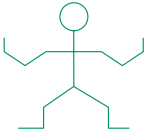
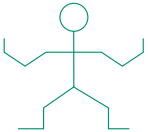
<b>Revue des systèmes (suite)</b>	
<b>Cocher</b> chaque détail demandé; <b>encercler</b> si anormal et décrire en mentionnant le numéro.	
<p><b>Génito-urinaire</b></p> <p>28 Ménopause, âge ♀            29 Saignements post. méno.            30 Hormonothérapie            31 Urgence mictionnelle ♂ ♀            32 Dysurie            33 Fréquence : nocturne, diurne            34 Brûlures ou inconfort            35 Hématurie            36 Incontinence</p> <p><b>Neurologique</b></p> <p>37 Céphalées            38 Étourdissements/vertiges            39 Pertes de conscience            40 Parésie            41 Paresthésie            42 Troubles de la démarche/équilibre            43 Convulsions</p> <p><b>Locomoteur</b></p> <p>44 Arthralgie            45 Douleurs au rachis            46 Douleurs aux pieds</p> <p><b>Psychiatrique</b></p> <p>47 Symptômes anxieux            48 Symptômes dépressifs            49 Symptômes psychotiques            50 Sommeil</p> <p><b>Hématologique</b></p> <p>51 Prurit            52 Asthénie            53 Transfusions</p>	

### EXAMEN OBJECTIF

<b>Cocher</b> chaque élément examiné; <b>encercler</b> si anormal et décrire en mentionnant le numéro.									
T.A.		Pouls		Respiration		Poids		Taille	
<p><b>Apparence générale</b></p> <p>1 État général            2 Nutrition            3 Hydratation</p> <p><b>Examen mental</b></p> <p>4 Attitude, comportement            5 Affect            6 Délire, hallucination            7 Jugement, autocritique            8 FOLSTEIN, résultat sur 30...</p> <p><b>Phanères</b></p> <p>9 Peau            10 Ongles            11 Cornes cutanées            12 Lésions cutanées y compris de pression</p> <p><b>Yeux</b></p> <p>13 Acuité            14 Conjonctives            15 Fundi</p> <p><b>O.R.L.</b></p> <p>16 Tympan et conduits auditifs externes            17 Dents            18 Gencives            19 Prothèses            20 Langue            21 Oropharynx</p>									

### EXAMEN OBJECTIF (suite)

**Cocher** chaque élément examiné; **encercler** si anormal et décrire en mentionnant le numéro.

<p><b>Cou</b></p> <p>22 Thyroïde 23 Carotides 24 Jugulaires 25 Ganglions</p> <p><b>Thorax et poumons</b></p> <p>26 Forme/mouvements 27 Percussion 28 Auscultation</p> <p><b>Seins</b></p> <p>29 Masse 30 Ganglions</p> <p><b>Coeur</b></p> <p>31 Rythme 32 Souffles 33 Bruits 34 Autres anomalies</p> <p><b>Abdomen</b></p> <p>35 Cicatrices (schéma) 36 Auscultation (péristaltisme, souffle) 37 Palpation 38 Foie 39 Rate 40 Loges rénales 41 Ganglions inguinaux 42 Hernie</p> <p><b>Organes génitaux mâles</b></p> <p>43 Pénis 44 Scrotum 45 Testicules 46 Toucher rectal 47 Prostate</p> <p><b>Organes génitaux féminins</b></p> <p>48 Vulve 49 Examen vaginal 50 Toucher rectal</p> <p><b>Système locomoteur</b></p> <p>51 Colonne vertébrale 52 Articulations 53 Mouvements 54 Autres anomalies : amputation, déformation, etc.</p> <p><b>Circulation périphérique</b></p> <p>55 Pouls (schéma) 56 Oedème 57 Varices</p> <p><b>Examen neurologique</b></p> <p>58 Fonctions cognitives (aphasies, apraxies, agnosies) 59 Nerfs crâniens 60 Sensibilité 61 Force musculaire 62 Tonus 63 Coordination, mouvements anormaux 64 Mobilité – Romberg 65 Réflexes Ostéotendineux (schéma) 66 Réflexes primitifs</p>	<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div>
--	---

Nom	Prénom	N° de dossier médical
-----	--------	-----------------------

## IMPRESSIONS DIAGNOSTIQUES, LISTE DES PROBLÈMES ET PLAN DE TRAITEMENT

### Investigation, consultation, services professionnels, médication

Évaluation de l'aptitude à consentir :     Apte     Inapte     Régime de protection     À établir

Commentaires

Date		
Année	Mois	Jour

Signature du médecin	N° de permis