



DT9436

## FORMULAIRE D'EXAMEN PHYSIQUE DU DONNEUR VIVANT

N° du donneur vivant attribué dans le cadre du programme d'échange	
N° d'identification unique	

Nom et prénom de l'utilisateur		
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse (numéro, rue)		
Ville		Code postal
N° assurance maladie (NAM)		N° de dossier

Nom de l'établissement		
<input type="checkbox"/> CHUM – Centre hospitalier de l'Université de Montréal	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Estrie – CHUS – Hôpital Fleurimont	<input type="checkbox"/> CUSM – Site Glen
<input type="checkbox"/> CHU de Québec – UL – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec	<input type="checkbox"/> CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Maisonneuve-Rosemont	

L'examen physique du donneur vivant comprend une évaluation des signes cliniques qui peuvent indiquer des comportements à haut risque potentiellement associés au risque de maladie transmissible, d'infection bactérienne, virale, fongique, de malignité ou de traumatisme.

Évaluer les signes physiques suivants qui peuvent indiquer une maladie transmissible potentielle		
Évaluation Abréviation : <b>D. E.</b> = distribution exceptionnelle	Abréviations : <b>V. I.</b> = vérification impossible, <b>S. O.</b> = sans objet	Explications/commentaires Si « <b>Oui</b> » ou « <b>V. I.</b> »
Des signes de maladies transmises sexuellement telles que des ulcérations génitales, l'herpès simplex, la syphilis et le chancre mou <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Donneurs masculins : des preuves physiques de relations sexuelles anales, y compris un condylome péri-anal <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Des preuves physiques d'utilisation de drogues percutanées non prescrites et à des fins non médicales telles que des traces d'insertion d'aiguilles (examen des tatouages, le cas échéant, puisqu'ils peuvent dissimuler des traces d'aiguilles) <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Des preuves physiques récentes (datant de moins d'un an) de tatouage ou de perçage d'oreille ou corporel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Une lymphadénopathie disséminée (ganglions lymphatiques enflés) <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Une candidose orale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Des marques bleues ou mauves compatibles avec la maladie de Kaposi <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Une jaunisse non expliquée, une hépatomégalie ou un ictère <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Une preuve physique de septicémie, telle qu'une éruption cutanée généralisée <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
De grandes gales qui confirment une immunisation récente contre la variole <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Eczéma vaccinal <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Une éruption cutanée vésiculeuse généralisée (vaccin généralisée) <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Une lésion nécrosée importante qui confirme une vaccine nécrotique <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Une cicatrisation cornéenne qui confirme une kératite vaccinale <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Lésion ou infection de la peau ou des muqueuses inexpliquées <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Masse abdominale, tissus mous, mammaires ou autre localisation suspecte de néoplasie <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

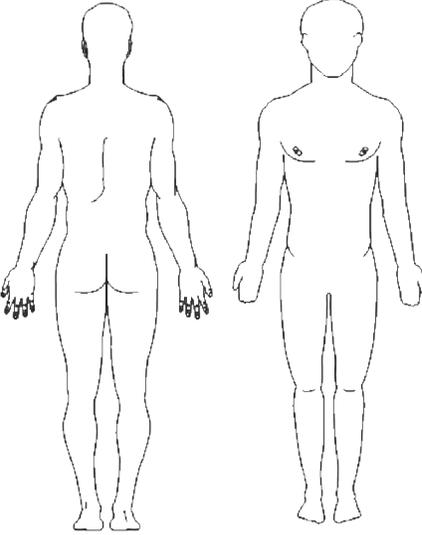
**Évaluer les signes physiques suivants qui peuvent indiquer une maladie transmissible potentielle (suite)**

Évaluation Abréviation : <b>D. E.</b> = distribution exceptionnelle	Abréviations : <b>V. I.</b> = vérification impossible, <b>S. O.</b> = sans objet	Explications/commentaires Si « <b>Oui</b> » ou « <b>V. I.</b> »
Évidence d'infection active ou de malignité cliniquement importantes (à l'inspection et à la palpation) <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	
Évidence d'altération mentale ou de troubles neurologiques <b>D. E.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.	

**Légende**  
Inscrire, à l'endroit approprié sur le croquis, la lettre correspondante.

<b>A</b> Abrasion(s)	<b>R</b> Rash ou éruption(s) cutanée(s)
<b>B</b> Ecchymose(s)	<b>S</b> Cicatrice(s)
<b>C</b> Contusion(s)	<b>T</b> Tatouage(s)
<b>D</b> Pansement(s)	<b>Q</b> Lésion(s) ou plaie(s)
<b>H</b> Hématome(s)	<b>U</b> Masse(s)
<b>L</b> Lacération(s)	<b>V</b> Rien à signaler (RAS)
<b>N</b> Trace(s) d'aiguille non médicale(s)	<b>W</b> Autre
<b>P</b> Perçage(s)	

Commentaires :


**Suite de l'examen physique**

Taille		Poids		Indice de masse corporelle (IMC)	Circonférence de l'abdomen	Pouls : (BPM)	
cm		kg				cm	<input type="checkbox"/> Régulier
Pression sanguine	Bras droit	Bras gauche	BPTRU	Nom	Signature		
Examen normal	Abréviations : <b>V. I.</b> = vérification impossible, <b>S. O.</b> = sans objet				Explications/commentaires Si « <b>Non</b> » ou « <b>V. I.</b> »		
Apparence générale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Tête et cou	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Système cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Système respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Abdomen	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Appareil génito-urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Toucher rectal*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Examen des testicules	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Extrémités	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Examen des nodules lymphatiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> V. I. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O.						

\* Toucher rectal (à faire pour les hommes de plus de 50 ans ou à partir de 45 ans si histoire familiale au 1<sup>er</sup> degré de néo de la prostate ou si usager de race noire)

Nom et prénom de l'utilisateur	N° de dossier
--------------------------------	---------------

Commentaires

Signature du médecin			Date		
Nom (en caractères d'imprimerie)	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour