



Programme de **TRANS**formation des pratiques cliniques **InTer**professionnelles pour améliorer la qualité des soins préventifs en première ligne

Coordonnatrice : Caroline Millette  
Téléphone : 450.668.1010 poste 24385  
Télécopieur : 450.975.5089

Identification du patient :

## SUIVI INFIRMIER - VISITE INITIALE

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
          j   j   m   m   a   a   a   a

Infirmière : \_\_\_\_\_

Médecin : \_\_\_\_\_

| PROBLÈMES DE SANTÉ MAJEURS  | IMPACTS SUR LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT   |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
|---|--|---|---|---|---|--|--------|---|---|---|----|
|   | Aucun impact sur ma qualité de vie   |   |   |   |   | Détériore totalement ma qualité de vie |        |   |   |   |    |
| 1-  | 0  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6      | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2-  | 0  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6      | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3-  | 0  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6      | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4-  | 0  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6      | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5-  | 0  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                                      | 6      | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ÉVALUATION INITIALE   | FACTEURS DE RISQUE<br>(voir aide-mémoire pour définitions)   |   |   |   |   |  | CIBLES |   |   |   |    |
| <b>MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES</b><br>✓ Poids : _____ kg    ✓ IMC : _____ kg/m <sup>2</sup><br>✓ Taille : _____ m    ✓ Tour de taille : _____ cm  | <input type="checkbox"/> Embonpoint<br><input type="checkbox"/> Obésité<br><input type="checkbox"/> Tour de taille élevé |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| <b>ALIMENTATION</b><br>✓ Sel à table : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>✓ Conserves/sachets : _____ / sem.  | <input type="checkbox"/> Alimentation riche en sodium  |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| ✓ Boissons gazeuses : _____ / sem.<br>✓ Desserts : _____ / sem.<br>✓ Friandises : _____ / sem.  | <input type="checkbox"/> Alimentation riche en sucres concentrés   |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| ✓ Charcuteries/saucisses : _____ / sem.<br>✓ Viande rouge : _____ / sem.<br>✓ Chips : _____ / sem.<br>✓ Fromages rég. : _____ / sem.<br>✓ Viennoiseries : _____ / sem.  | <input type="checkbox"/> Alimentation riche en gras saturés et en cholestérol  |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| ✓ Céréales à grains entiers : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>✓ Fruits et légumes : _____ / jour   | <input type="checkbox"/> Alimentation pauvre en fibres<br><input type="checkbox"/> Alimentation pauvre en fruits/légumes |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| ✓ Lait, yogourt : _____ / jour  | <input type="checkbox"/> Alimentation pauvre en produits laitiers  |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| ✓ Nombre de repas : _____ / jour<br>✓ Régularité des heures de repas : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  | <input type="checkbox"/> Horaire prandial non adéquat  |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| <b>ACTIVITÉ PHYSIQUE</b><br>✓ Durée : _____ min. / jour<br>✓ Intensité : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Intense<br>✓ Fréquence : _____ X / sem.  | <input type="checkbox"/> Sédentarité   |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| <b>ALCOOL</b><br>✓ Nombre de consommations par semaine :<br>Vin : _____    Bière : _____    Spiritueux : _____  | <input type="checkbox"/> Consommation excessive d'alcool   |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |
| <b>TABAGISME</b><br><input type="checkbox"/> Fumeur : _____ cigarettes/jour<br><input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Ex-fumeur<br>Exposition à la fumée secondaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Tabagisme<br><input type="checkbox"/> Fumée secondaire  |   |   |   |   |  |        |   |   |   |    |

| ÉVALUATION INITIALE   |  | FACTEURS DE RISQUE   | CIBLES                                |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <b>FACTEURS PSYCHOSOCIAUX</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Techniques de relaxation : _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Nombre d'heures de sommeil : _____ heures/jour<br><input checked="" type="checkbox"/> Qualité du sommeil : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise<br><input checked="" type="checkbox"/> Réseau de soutien : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  | <input type="checkbox"/> Mauvaise gestion du stress<br><input type="checkbox"/> Sommeil insuffisant<br><input type="checkbox"/> Sommeil de mauvaise qualité<br><input type="checkbox"/> Réseau de soutien faible   |                                       |
| <b>EXAMENS COMPLÉMENTAIRES</b>  |  |  |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> TA : _____ / _____  | <b>Date</b><br>_____ / _____ / _____   | <input type="checkbox"/> Hypertension traitée<br><input type="checkbox"/> Hypertension non traitée   |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> FC : _____  | _____ / _____ / _____  |  |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glyc. à jeun : _____ mmol/L   | _____ / _____ / _____  | <input type="checkbox"/> Diabète de type 2<br><input type="checkbox"/> Anomalie de la glycémie à jeun<br><input type="checkbox"/> Intolérance au glucose   |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> HGPO 75 g : _____ mmol/L  | _____ / _____ / _____  |  |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c : _____   | _____ / _____ / _____  |  |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> C-LDL : _____ mmol/L  | _____ / _____ / _____  | <input type="checkbox"/> C-LDL élevé<br><input type="checkbox"/> C-HDL bas<br><input type="checkbox"/> TG élevés<br><input type="checkbox"/> Ratio CT/C-HDL élevé  |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> C-HDL : _____ mmol/L  | _____ / _____ / _____  |  |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> TG : _____ mmol/L   | _____ / _____ / _____  |  |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> CT/C-HDL : _____ mmol/L   | _____ / _____ / _____  |  |                                       |
| ÉVALUATION DU RISQUE ESTIMÉ DE MCV (FRAMINGHAM)   |  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Risque faible  |  | <input type="checkbox"/> Risque modéré   | <input type="checkbox"/> Risque élevé |
| SOMMAIRE DE L'EM  |  | ENSEIGNEMENTS FAITS  |                                       |
| <b>HABITUDE DE VIE CIBLÉE PAR LE PATIENT</b><br><input type="checkbox"/> _____  |  | <input type="checkbox"/> Enseignement spécifique à l'hypertension artérielle<br><input type="checkbox"/> Enseignement spécifique à la dyslipidémie<br><input type="checkbox"/> Enseignement spécifique au diabète<br><input type="checkbox"/> Valeurs cibles : _____<br><input type="checkbox"/> Médicaments (mécanismes, effets secondaires, observance)<br><input type="checkbox"/> Mesure de la TA<br><input type="checkbox"/> Mesure des glycémies capillaires<br><input type="checkbox"/> Nutrition : _____<br><input type="checkbox"/> Activité physique<br><input type="checkbox"/> Tabagisme<br><input type="checkbox"/> Consommation d'alcool<br><input type="checkbox"/> Gestion du stress<br><input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ |                                       |
| <b>STADE DE CHANGEMENT ACTUEL</b><br><input type="checkbox"/> Pré-réflexion <input type="checkbox"/> Action<br><input type="checkbox"/> Réflexion <input type="checkbox"/> Maintien<br><input type="checkbox"/> Préparation <input type="checkbox"/> Rechute  |  |  |                                       |
| <b>RESSOURCES SUGGÉRÉES AU PATIENT</b><br><input type="checkbox"/> Journal de bord des glycémies<br><input type="checkbox"/> Journal de bord de TA<br><input type="checkbox"/> Cours de groupe : _____<br><input type="checkbox"/> Club de marche<br><input type="checkbox"/> Nutritionniste<br><input type="checkbox"/> Kinésiologue<br><input type="checkbox"/> Psychologue<br><input type="checkbox"/> Autres documents remis : _____      |  |  |                                       |
| CARNET DE SANTÉ COMPLÉTÉ ET REMIS AU PATIENT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |  |                                       |
| TESTS DE LABORATOIRE DEMANDÉS   |  | ORDONNANCES COLLECTIVES APPLIQUÉES   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Bilan lipidique<br><input type="checkbox"/> Glycémie à jeun<br><input type="checkbox"/> HbA1C<br><input type="checkbox"/> Électrolytes (Na, K, Cl)<br><input type="checkbox"/> Urée et créatinine<br><input type="checkbox"/> Analyse d'urine<br><input type="checkbox"/> Microalbuminurie<br><input type="checkbox"/> ALT, AST<br><input type="checkbox"/> CK<br><input type="checkbox"/> TSH                       | <input type="checkbox"/> FSC<br><input type="checkbox"/> Acide urique<br><input type="checkbox"/> ECG au repos<br><input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ | Spécifiez quelles ordonnances ont été appliquées :<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |                                       |
| SUIVI CONVENU : _____   |  |  |                                       |