



Dossier : _____

Nom : _____

Date de naissance : _____

Nom et prénom de la mère : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

N° tél. : _____ NAM : _____

Adresse : _____

SECTEUR : Chicoutimi Jonquière La Baie Alma Roberval/Saint-Félicien
 Dolbeau/Mistassini Mashteuiatsh Obedjawn

MILIEU DE VIE : Seul(e) Conjoint(e) Famille Colocataire

PERSONNES RESSOURCES

Médecin de famille : _____ N° téléphone : _____

_____ N° fax : _____

Pharmacie: _____ N° téléphone : _____

_____ N° fax : _____

Organisme communautaire : _____ N° téléphone : _____

Personne en référence : _____ N° téléphone : _____

SIGNES VITAUX

SIGNES VITAUX : TA : _____ Pouls : _____

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

VACCINATION ANTÉRIEURE

Hépatite A : Vaccins reçus _____ Anticorps Positif Négatif

Hépatite B : Vaccins reçus _____ Anticorps Positif Négatif

Pneumovax : _____ Date dernier influenza : _____

MÉDICATION

Allergie médicamenteuse : Oui Non Préciser : _____

Assurance privée (nom) : _____ Gouvernement RAMQ SAAQ A/S

Nom : _____ # Dossier : _____

HISTOIRE MÉDICALE

Hospitalisations, chirurgies et autres pathologies pertinentes incluant les antécédents psychologiques :

HISTOIRE DE LA MALADIE

Test de dépistage effectué ♦ Date : _____ Endroit : _____

Date probable du début de l'infection : _____ Présence de symptômes : Non Oui

Préciser : _____

Facteurs de risque : Drogues injectables Drogues par inhalation Tatouages – Piercings

Relations sexuelles avec personnes infectées Séjour en centre de détention ♦ Date (_____)

Transfusions sanguines ♦ Date (_____) Endroit (_____)

Aucune idée

SITUATION DE SANTÉ

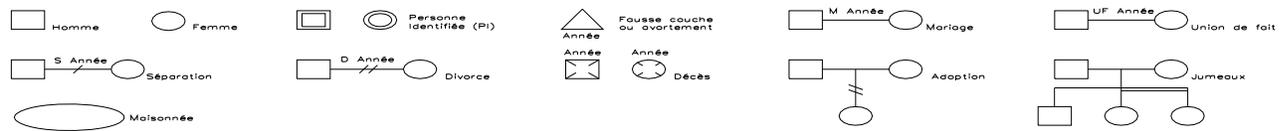
FONCTIONS ET IMPACTS POSSIBLES	PROBLÈME		COMMENTAIRES
	NON	OUI	
Fonction cardiorespiratoire			
Fonction digestive			
Fonction vésicale/intestinale			
Fonction motrice			
Fonctions sensorielles Audition, vision, odorat, toucher			
Fonction de protection et de résistance			
Fonctions mentales			
Dimension psychologique...			
Sexualité Partenaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Dimension contexte de vie			Source de revenu : _____
Habitudes de vie			
AVQ - Tâches domestiques			

Informations : _____

Nom : _____ # Dossier : _____

GÉNOGRAMME

Indiquer : Problèmes de santé – Antécédents familiaux – Occupation – Religion – Origine ethnique....



ÉCOCARTE

Liens avec personnes (membres de la famille, famille élargie, amis, voisins, équipe de soins, groupes de loisirs...) –
 Liens avec organisation (ex. : Chevaliers de Colomb, AFEAS...) – Liens avec institutions (école, église, travail...) –
 Liens avec établissements (CLSC, hôpital...)



Nom : _____ # Dossier : _____

HISTOIRE DE CONSOMMATION

PRODUIT	FRÉQUENCE	
Alcool <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Rég. <input type="checkbox"/> Occ. <input type="checkbox"/> Arrêt	
Drogues I/V <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Rég. <input type="checkbox"/> Occ. <input type="checkbox"/> Arrêt	
Drogues I/N <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Rég. <input type="checkbox"/> Occ. <input type="checkbox"/> Arrêt	
Autres : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Rég. <input type="checkbox"/> Occ. <input type="checkbox"/> Arrêt	
Cigarettes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Rég. <input type="checkbox"/> Occ. <input type="checkbox"/> Arrêt	

Séjour en centre de désintoxication : Non Oui Date : _____ Endroit : _____

Informations complémentaires : _____

CONTRE-INDICATIONS

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES : Grossesse ou désir de contraception (homme-femme) d'ici 2 prochaines années

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES ET/OU NON ABSOLUES :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consommation abusive de drogues | <input type="checkbox"/> Problème d'alcoolisme |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (y compris dialyse) | <input type="checkbox"/> Décompensation hépatique |
| <input type="checkbox"/> Coronaropathie | <input type="checkbox"/> Greffe d'organe solide (exception du foie) |
| <input type="checkbox"/> Dépression majeure | <input type="checkbox"/> Maladie auto-immunitaire |
| <input type="checkbox"/> Rétinite antérieure | <input type="checkbox"/> Psychose majeure |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | <input type="checkbox"/> Psoriasis |

AUTRES ÉLÉMENTS BIOPSYCHOSOCIAUX POUVANT NUIRE OU FACILITER LE TRAITEMENT

Motivation du client à débiter un traitement : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INTERVENTION NURSING

DIRECTIVES INFIRMIÈRES SPÉCIFIQUES AU PTI : Non Oui

INFORMATION DONNÉE :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infection de l'hépatite C (virus, évolution de la maladie, transmission, notion du porteur chronique, symptômes possibles) | <input type="checkbox"/> Suivi (visite médicale, P/V, autres examens requis, vaccination, services communautaires, coordonnées de la clinique) |
|--|---|

PRÉLÈVEMENTS SANGUINS : (ordonnance collective MIC-INF-1)

- ARN-VHC QUALITATIF** **ARN-VHC QUANTITATIF** (charge virale) **GÉNOTYPAGE**

_____ Date

_____ Signature