



BILAN DE SANTÉ

Date de création _____

Date de la dernière mise à jour _____

Préparé par			
Infirmier(ère)		Médecin traitant	
Résident(e)		Autre	

DIAGNOSTIC PRINCIPAL	Date du diagnostic

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

AUTRES DIAGNOSTICS MAJEURS	DATE	COMMENTAIRES
1.		
2.		

MÉDICAMENTS ACTUELS	DOSE et FRÉQUENCE
1.	
2.	
3.	
4.	

ALLERGIES / Intolérances aux médicaments / Effets indésirables
1.
2.

PROBLÈMES DE SANTÉ ACTIFS		
DIAGNOSTIC	DATE	COMMENTAIRES
1.		
2.		
3.		
4.		

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

AUTRES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ou CHIRURGICAUX PERTINENTS		
DIAGNOSTIC ou INTERVENTION	DATE	COMMENTAIRES
1.		
2.		
3.		
4.		

IMMUNISATIONS
(facultatif : voir le dossier d'immunisation ci-joint)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX PERTINENTS

EXAMEN PHYSIQUE LE PLUS RÉCENT			
Examen fait par :		MD	Date:
Poids (kg)	Taille (cm)	IMC	SC (m ²)
Pression artérielle	Taille du brassard	Méthode: sphygmomanomètre <input type="checkbox"/>	oscillométrique <input type="checkbox"/>
Suite de l'examen			

PÉDIATRE(S) ACTUEL(S)			
NOM	Spécialité	ADRESSE	Tél. / Courriel / Téléc.

MÉDECIN DE FAMILLE		
NOM	ADRESSE	Tél. / Courriel / Téléc.

AIGUILLAGE AU MÉDECINS ADULTES			
NOM	Spécialité	ADRESSE	Tél. / Courriel / Téléc.

AUTRES PROFESSIONNELS	NOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR / COURRIEL
1. PHARMACIE			
2.			

ANTÉCÉDANTS SOCIAUX PERTINENTS	
Langues parlées	
Conditions de logement	
Niveau scolaire	
Habitudes (consommation, cigarettes)	
Antécédants sexuels	
Niveau de compréhension des instructions	
Engagement parental	
Ressources communautaires	
L'adhésion au plan de soins actuel	
Autre	

ÉTAT DE PRÉPARATION : LISTE DE VÉRIFICATION / ÉVALUATION ANNEXÉES
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À venir <input type="checkbox"/>

SECTEURS NÉCESSITANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE OU UN SUIVI
1. Seuil de tolérance à la douleur
2. Les préférences de traitement / Investigations
3. Niveau de compréhension
4.
5.

COORDONNÉES			
Concernant <u>les renseignements médicaux ou le consentement</u>			
Patient <input type="checkbox"/>	Tuteur légal <input type="checkbox"/>	Nom	Parenté
Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléphone cellulaire	Courriel
Préférence de méthode de communication			
<u>PARENT LE PLUS PROCHE</u>			
Nom		Parenté	
Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléphone cellulaire	Courriel

ASSURANCE MALADIE / MÉDICAMENTS SUPPLÉMENTAIRES			
Nom de la compagnie	# Certificat	# Groupe	Coordonnées
Assurance médicaments avec la RAMQ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

RENDEZ-VOUS AUX SITES ADULTE		
1. Nom	Spécialité	Adresse
Téléphone	Date du rendez-vous	Date à laquelle le patient a été avisé
2. Nom	Spécialité	Adresse
Téléphone	Date du rendez-vous	Date à laquelle le patient a été avisé
3. Nom	Spécialité	Adresse
Téléphone	Date du rendez-vous	Date à laquelle le patient a été avisé

RESULTATS/ DOCUMENTS À JOINDRE	COMMENTAIRES
Imagerie médicale	
Pathologie	
protocole opératoire	
Protocoles pertinents	
Résultats laboratoire	
Résumés d'autres spécialistes	

SIGNATURES			
INFIRMIÈRE			
Signature	Nom en lettres moulées	# Permis	Date
RÉSIDENT(E)			
Signature	Nom en lettres moulées	# Permis	Date
MÉDECIN TRAITANT			
Signature	Nom en lettres moulées	# Permis	Date