Check list de l’observation médicale

Antécédents Personnels médicaux : 7 maladies d’enfance

|  |  |
| --- | --- |
| Questions Quelles maladies infantiles est-ce que vous avez eues ? | |
| * la rouge ? | * la rub ? |
| * la varic ? | * la scarlatine ? |
| * la coque ? | * les oreill ? |
| Pb : Est-ce qu’il y a eu des complications ? | |

Antécédents Personnels médicaux: maladies infectieuses

|  |  |
| --- | --- |
| Vous avez (eu) … | |
| * l’hép C (1) ? | * la gr (2) ? |
| * le s (3) ? | * la tub (4) ? |
| * une monon infectieuse (5)? | |
| * une méning bactérienne (6)? | |
| * des infections chr (7) comme l’hépatite B ? | |
| Maladies graves : (2ex) Vous avez eu des maladies graves ? lesquelles ? | |
| le (8)? un ccident asculaire érébral  (9)? | |
| Suivi : Il y a combien de temps ? Quels examens vous a-t-on fait ? Quel traitement | |
| avez-vous ou (10)vous encore ? Vous avez été suivi par quel médecin ? | |
| Pb aux organes : Avez-vous déjà eu des problèmes pulmonaires, cardiaques, rénaux ? | |
| Si le patient ne se souvient de rien( ou que rien n’a été détecté), poser des questions sur sa vie scolaire (2) | |
| Pendant votre enfance, avez-vous (11) souvent l’école pour | |
| cause de maladie ? Vous étiez souvent (12) de sport à l’école ? | | | |

AP diabète, hypertension, allergies vaccins et transfusions

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| diabète, hypertension Êtes-vous diabétique ? / (a)-vous de la tension ? | | | |
| Allergies Êtes-vous (b)acariens, (c)pollen, (d)certains médicaments ? etc | | | | |
| Avez-vous un chien, un chat, ou un autre animal chez vous ? | | |
| Comment (e)l’allergie (f)vous ? | | |
| Transfusion Avez-vous eu une (g)? Avez-vous été transfusé ? à quelle occasion ? | | | |
| Vaccinations Vous avez été vacciné(e) contre //// Vous avez eu : | | |
| le t ① | la p ② | ●le DT-coq diphtérie ①tétanos③coqueluche |
| la coque ③ | l’h | ●le D ①②③ |
| la t | la grippe | ●le R rubéole-oreillons-rougeole |
| le pneumo la ménin | | le covid |

|  |
| --- |
| Est-ce que vos vaccins sont ? Quand avez-vous eu le dernier rappel antitétanique ? |

AP gynéco obstétriques

|  |
| --- |
| Date des 1ères règles: « à quel âge avez-vous eu vos 1ères règles ? caractéristiques: « Combien de temps durent-elles ? |
| Nombre de grossesse et fausse couche Combien de fois avez-vous été (1)?Avez-vous fait des |
| (2)? pourquoi ? |
| **I**nterruption **V**olontairede **G**rossesse « Avez-vous déjà subi un (3) ? |
| Accouchement : Combien avez-vous eu d’enfant ? Quand ? quel était leur (4)à la naissance ? |

|  |
| --- |
| **Urgences gynécologiques (dans le cas de douleurs abdominales)** |
| Avez-vous du retard dans vos  (5)? Y a-t-il des risques que vous soyez enceinte ? |
| Avez-vous remarqué des (6)vaginales sanglantes ou ? (7) |
| Portez-vous un ? (8) |

ATCD chirurgicaux

|  |
| --- |
| Hospitalisation Vous avez déjà été hospitalisé ? Quand ? Pour quelle raison ? Où ? |
| Dans notre hôpital ? Dans notre service ? |
| Chirurgie Est-ce que vous avez (1)des int (2)chirurgicales? |
| lesquelles ? Pour quoi ? Montrez-moi la (3). |
| Pb lors de l’opération Y a-t-il eu des complications pré ou post-opératoires ? |

ATCD accident/traumato

|  |
| --- |
| Traumatisme/accident : avez-vous eu déjà des ?(4)Vous avez eu des traumatismes |
| graves ’ (5)un accident de voiture par exemple ? - oui c’était grave mais je me souviens plus précisément |
| Service !!! - c’est pas grave: vous étiez hospitalisé dans quel service ? |

AP Familiaux

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parents DCD ? « Vos parents sont-ils encore en ? | | |
| - non -à quelsont-ils décédés ? de quoi ? | | |
| après une maladie grave ? après un problème cardiaque, cérébral?etc. » | | |
| Collatéraux : Avez-vous des et ? | | |
| Sont-ils tous en ? | | |
| Est-ce que vous connaissez dans votre famille des cas : | | |
| * d’ hyper artérielle ? | |  |
| * de diab ? | | |
| * de tuberc ? | |  |
| * de can ? |  | |
| * de maladies ? | |  |
| * d’épilepsie ? | |  |