Check list de l’observation médicale(3)

Exposition aux risques : nutrition, tabac, alcool, drogue, sexualité & activités physiques

1. nutrition :

|  |
| --- |
| normale et anormale Vous mangez normalement ? Pas trop ? Pas assez ? À des heures |
| régulières ? Est-ce que vous entre les repas ? |
| Habitudes alimentaires  | Vous mangez régulièrement des fruits et des ? à chaque repas ? |
| Dites-moi ce que vous avez mangé hier : le matin, au déjeuner et au diner.  |
| privation de nourriture ou d’un type de nourriture | Vous suivez un particulier ?  |

2. tabac: « Est-ce que vous fumez ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  - oui |  |  - non |
| - combien de cigare(tte)s par  | - vous avez fumé avant ?  |
| jour ? Depuis longtemps ? » | - oui |  |
|  | quand avez-vous arrêté ? Pour quelle raison ? »  |

3. alcool : « Est-ce que vous buvez (de l’alcool) ?

|  |  |
| --- | --- |
| - oui … trois verres de vin, pendant les repas  |  |
| - et avant les repas, un ? Après, un ? |
| - oui … ça arrive quoi ? 4 fois par semaine… |  |
| - et entre les repas : de la ? des alcools forts? » |

4. drogue: Est-ce que vous avez d’autres habitudes en dehors du

|  |
| --- |
| tabac **comme** le cannabis ? Avez-vous déjà à des drogues (dures)  |
| haschisch ? marihuana ? cocaïne ? héroïne ? LSD ? Ecstasy ? |

5. sexualité : Est-ce que vous avez passé un test / ?

|  |
| --- |
| Est-ce que vous avez des rapports -protégés ?  |
| Est ce que vous avez différents ? |

6. activités physiques : sport : Est ce que vous pratiquez un sport ? lequel ?

|  |
| --- |
| combien de fois par semaine ?  |
| Patient âgé :  Avez-vous une aide  ? |

Exposition aux risques : Professionnels.

|  |
| --- |
| dans le cas d’un patient âgé : Êtes-vous encore en (1)ou vous êtes à la ? (2) |
| travail en contact de matières dangereuses Dans votre travail, vous avez à (3)des  |
|  (4)toxiques comme des produits chi ,(5)de l’ (6)? |
| travail difficile Pendant votre travail, êtes-vous exposé(e) à de fortes températures |
| ou à des bruits ex ? (7) |
| travail de nuit Travaillez-vous surtout la nuit ? Vous faites les ? (8)  |
| dans l’ de nuit ? (9) |
| comment le patient juge sontravail : intérêt et stress | Est-ce que vous êtes satisfait(e) de votre travail ? |
| Est-ce que vous travaillez sous pression ? |

Exposition aux risques : Voyages récents.

|  |
| --- |
| où ? régions à risque Est-ce que vous avez fait des séjours à l’étranger ? En Extrême-Orient ? au Moyen Orient ? en Afrique ? aux DOM-TOM ? en Amérique du Sud ? dans des |
| régions tropicales ? |

|  |
| --- |
| date et durée du voyage Combien de temps a duré ce séjour et quand était-ce ? |
| pb de santé lors du séjour Est-ce que vous avez été malade lors de votre séjour ? |
| Avez-vous eu des maladies à cause de ces voyages comme le paludisme ? |

Traitement en cours et chroniqueen particulier bétabloquants, anti-coagulants, antidiabétiques oraux.

1. médicaments:

|  |
| --- |
| question générale Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Lesquels ? |
| Médicaments connus : Vous prenez de l’aspirine, des antibiotiques, des laxatifs, la pilule ? |

2. traitements

|  |
| --- |
| Bêtabloquants : Est-ce que vous suivez des traitements pour des problèmes cardiaques? |
| Anticoagulants Est-ce que vous avez eu des problèmes de ?  |
| Vous avez suivi des traitements comme le pour ça ? |  |
| Diabète Est-ce que vous avez un traitement pour un diabète ? |
| Piqûre On vous fait des piqûres ou vous vous en faites ? |
| Type de piqûre Vous avez des piqûres , ,  |
| sous ? |  |

autres

1. tendances à saigner

|  |
| --- |
| Avez-vous tendance à saigner facilement ? |

1. dermatologie

|  |
| --- |
| Avez-vous remarqué des boutons/une éruption qui (nt),  |
| qui (nt) qui vous (nt) ? |

1. question finale

|  |
| --- |
| Est-ce que j’ai, à votre avis, oublié une question ? |

### Finir l’entretien en faisant un résumé des informations que le patient vous a données sur son mdh pour vérifier.