ATTENTION

Tout enregistrement, captation d'image ou reproduction de cette formation, en totalité ou en partie, sont strictement interdits.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Loi sur le droit d'auteur L.R.C. (1985), ch. C-42

EXAMEN CLINIQUE SOMMAIRE

par
Mireille Guillemette inf.B.éd.
Dernière mise à jour 2024-10-12

Photocopie interdite

Objectif général : Effectuer l'examen clinique initial ou de suivi adapté à la réalité des milieux cliniques.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES / Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :

Distinguer les particularités reliées au vieillissement normal

Procéder à l'anamnèse chez une personne symptomatique

Évaluer l'état de santé en déterminant la normalité et la gravité des manifestations cliniques

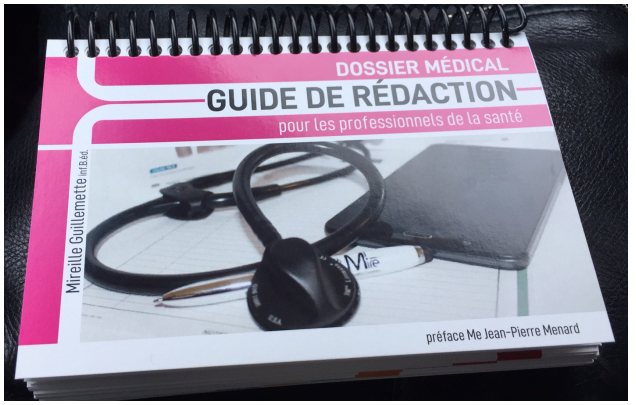
Sélectionner les interventions les plus appropriées incluant le suivi

Formuler un constat au PTI

4

Déclaration de conflit d'intérêts

Autrice : Dossier Médical, **GUIDE DE RÉDACTION** pour les professionnels de la santé, 2019 ISBN 978-2-9818651-0-6 disponible sur https://mireformations.com/



Autrice : Guide de rédaction des notes au dossier, version électronique réduite pour les membres de l'OIIAQ, 2024

Test d'introduction Q.1

La génétique détermine en grande partie la longévité et les problèmes de santé de l'aîné.

Vrai

Faux

Test d'introduction Q.2

Lorsque vous procédez à la prise des signes vitaux ou neurologiques, vous avez une obligation de résultat (c'est-à-dire l'obligation d'avoir une donnée exacte) .

Vrai

Faux

Test d’introduction Q.3

Quels sont les signes et symptômes présentés par la personne confuse ?

Test d'introduction Q.4

Une TA > 140/80 est normale pour une personne de plus de 70 ans .

Vrai

Faux

Test d'introduction Q.5

Le PQRSTU est utilisé pour évaluer la douleur .

Vrai

Faux

Test d’introduction Q.6

Nommez les 5 niveaux de l’état de conscience ?

Test d'introduction Q.7

Un examen sommaire n'a pas à être effectué avant d'administrer un médicament PRN en ordonnance individuelle.

Vrai

Faux

Test d'introduction Q.8

Quels sont les 2 sites d'auscultation pulmonaire permettant de détecter la majorité des bruits anormaux ?

LSD

LSG

LM

LIG

LID

Test d'introduction Q.9

Quelle est la première étape de l'inspection respiratoire ?

Signes vitaux

Saturation

Fréquence respiratoire

État mental

Coloration de la peau

Test d'introduction Q.10

À quel site peut-on détecter un bruit de galop (B3-B4)?

Foyer aortique

Foyer tricuspidien

Foyer pulmonaire

Foyer mitral

Le rôle de l'infirmière

La loi

- **Code des professions**
  17 activités réservées

- **Code de déontologie des infirmières et infirmiers**

Article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII)

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. » Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et des infirmiers, 3e édition, 2016

16 Le rôle de l'infirmière auxiliaire

La loi

- **Code des professions**
  9 activités réservées

- **Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires**

« Contribuer à l'évaluation signifie que l'infirmière auxiliaire collabore avec le professionnel à qui l'activité d'évaluer est réservée. Elle le fait conformément à l'article 37 p) du Code des professions, qui décrit son champ d'exercice consistant, entre autres, à « contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins », et à l'article 37.1 (5°) d) qui lui réserve l'activité suivante : « observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques ».

Concrètement, l'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation en recueillant des données objectives et subjectives, en les consignant au dossier du patient et en les fournissant à l'infirmière afin qu'elle en tienne compte dans son évaluation. » Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et des infirmiers, 3e édition, 2016

Devoir d'agir avec compétence

« Conformément à sa responsabilité civile et à son code de déontologie, l'infirmière doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles et exercer selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus. À cette fin, elle doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles (Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 17 et 18). À cet égard, l'infirmière doit baser sa pratique sur des données probantes et des pratiques exemplaires . »

Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et des infirmiers, 3e édition, 2016

Mise en situation d'entrée en matière

Mme Boutin, 87 ans, souffre d'ostéoporose, est en perte d'autonomie et est atteinte d'un TNCM de cause d'Alzheimer. Hébergement CHSLD depuis 6 mois.

La résidente respire à 29 / minute de façon superficielle et présente une DRS importante. La douleur dure depuis 30 minutes. Elle a aussi le teint grisâtre et est très agitée. Niveau de soin objectif D, pas de réanimation.

Que faites-vous ?

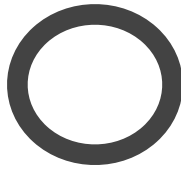
Mise en situation d'entrée en matière

Mme Côté, 82 ans, est en perte d'autonomie. Admission au CHSLD il y a 6 mois, à la suite d'un infarctus.
Problèmes : HTO, diverticulites, insuffisance cardiaque et rénale.

La résidente n'a pas eu de selle depuis 72 heures. Une ordonnance collective (protocole médical national Traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique) est disponible et a déjà été utilisée à 2 reprises ce mois-ci.

Est-ce qu'un examen clinique est nécessaire dans ce contexte ?

Mise en situation d'entrée en matière



Mme Couture, 57 ans, est hospitalisée sur une unité de médecine. Elle se plaint de céphalée intense. Elle souffre de migraines depuis des années.

Que faites-vous ?

Mise en situation d'entrée en matière

Mme Dumas, 57 ans, est hospitalisée sur une unité de médecine. Elle se plaint d'un « mal de tête intense » qui aurait débuté il y a quelques minutes. Elle est inquiète, car n'a pas l'habitude d'avoir des migraines. Elle a une douleur au niveau facial et voit double. Elle se sent très anxieuse et à l'impression que quelque chose de grave lui arrive.

Que faites-vous ?

Mise en situation d'entrée en matière

M. Laurent, 34 ans, sent parfois son cœur « s'emballer », a de la difficulté à dormir et a des vertiges depuis quelques jours.
S'exprime clairement, teint foncé, respiration régulière.

Que faites-vous ?

Yvonne 89 ans

Milieu de soins : Urgence
RC : DEG
Patient: Mme Y.Caux âgée de 89 ans. Se plaint de fatigue et perte d'appétit.



Quelle pensée traverse votre esprit ?

Évaluer une personne symptomatique

		Signes de pneumonie	Symptômes possibles
Amélie 26 ans	Vapote, sédentaire, alcool 15-20 par semaine		
Chantal 45 ans	Travaille comme PAB, 3 enfants en bas âge		
Yvonne 89 ans	Non-fumeuse, marche 5km / jour, alcool 2 par semaine		

Le vieillissement normal

Fragilité accrue au niveau du climat, du risque d'infection, du risque de déshydratation

Modification au niveau du sommeil

Les différences individuelles

Le système respiratoire

Le système cardiaque

Le système digestif

L'état mental et la cognition

Le vieillissement normal : 2 erreurs fréquentes

A. Intervenir alors qu'il s'agit d'un phénomène normal lié au vieillissement;

B. Ne pas intervenir sur un vrai problème parce qu'on croit que c'est normal avec le vieillissement.

Vieillissement et fonction respiratoire

de capacité de la cage thoracique

de l'efficacité de la toux

de la capacité pulmonaire

Ne devrait pas nuire aux AVQ et AVD

Vieillissement et fonction cardiaque

Changements structurels

Vaisseaux sanguins

Homéostasie

de la capacité cardiaque

Ne devrait pas causer de vertiges ou d'étourdissements, la TA subis une légère élévation, mais demeure dans les limites normales.

Système digestif et abdomen de l'aîné

Transit du bol alimentaire ralenti

Estomac moins résistant aux substances acides et AINS et plus vulnérable aux infections

Fonction urinaire ↓ de 50% à partir de 85 ans

Foie traite et filtre moins de sang, la demi-vie des médicaments est allongée

Digestion plus difficile d'un repas riche en lipides et ajustement plus lent à une teneur élevée en glucides

Vésicule biliaire : vidange moins efficace

Presbyphagie

Manifestation d'un état pathologique

Les paramètres de base

1. Changement du niveau d'autonomie
2. Changement de l'état mental
3. Changement de comportement

Un changement est-il survenu dans la dernière semaine ?

Autonomie

Loisir / travail / AVQ , AVD

Associé à la perte d'autonomie : fatigue, faiblesse, chute, diminution de l'appétit, changement au niveau de l'humeur, isolement.

Depuis 1 semaine ou moins ?

État mental

Attention / état de conscience

- Mémoire
- Attention
- État de conscience

Alerte ⇨ hyperalerte ⇨ léthargique ⇨ stuporeux ⇨ comateux

Depuis 1 semaine ou moins ?

Comportement

Ralentissement / agitation / changement de personnalité

- Nouveau comportement ou comportement ayant cessé
- Changement au niveau de la personnalité

Depuis 1 semaine ou moins ?

L'examen clinique / la contribution à l'évaluation

Permets d'établir :

Normal ou anormal

Gravité

Décision, suivi, délai pour référence ou transfert

Le contexte de l'examen

- Environnement calme, bon éclairage
- Principes de communication
- Consignes claires
- Laisser plus de temps
- Réduire les déplacements et inconforts
- Rester centré sur le malaise dominant

Les étapes en situation aiguë

1- l'anamnèse

(Histoire de santé avec le O**PQRSTU** portant sur le malaise dominant, un nouveau symptôme)

2- l'examen physique

(INSPECTION, AUSCULTATION, PALPATION, PERCUSSION)

Les étapes en situation de suivi

1- l'anamnèse

Un standard de suivi (dépression, délirium, dysphagie, MPOC, etc.)

2- l'examen physique

(INSPECTION, AUSCULTATION, PALPATION, PERCUSSION)

Anamnèse

Histoire de santé avec le O**PQRSTU** portant sur le malaise dominant (nouveau symptôme)

- Essoufflement
- Fatigue
- Perte d'appétit
- Douleur
- Chute, etc.

OPQRSTU

O Onset / apparition

P Provoqué / Pallié

Q Qualité / Quantité / Impact

R Région / Irradiation

S Signes / Symptômes associés

T Temps / Intermittence

U Cause selon client

O

- Ce n'est pas nouveau que l'on questionne le « onset ». On demandait déjà en début de l'anamnèse. Comment ce malaise est-il apparu ? Comment vous en êtes-vous rendu compte ?

- Cette question est devenue officielle pour ne pas oublier de questionner.

P

- **PROVOQUÉ**

Ce qui provoque ou fait augmenter le malaise
Aggravé par la T°, l'activité, un aliment, un médicament, une position, la fatigue, une position

- **PALLIÉ**

Ce qui améliore votre état, soulage, diminue le problème, atténue la douleur
Comment les traitements agissent , ce qui a été essayé , ce qui semble aider le plus

42

Q

- **QUALITÉ**

Pouvez-vous me décrire votre symptôme
À quoi ce symptôme ressemble-t-il

- **QUANTITÉ**

Échelle (douleur, dyspnée, anxiété)
Quantifier par la description

- **IMPACT FONCTIONNEL** * Nous donne une information importante aidant à établir le gravité.

Est-ce que ça nuit à vos activités (AVQ-AVD, loisirs, travail)

R

- **RÉGION**

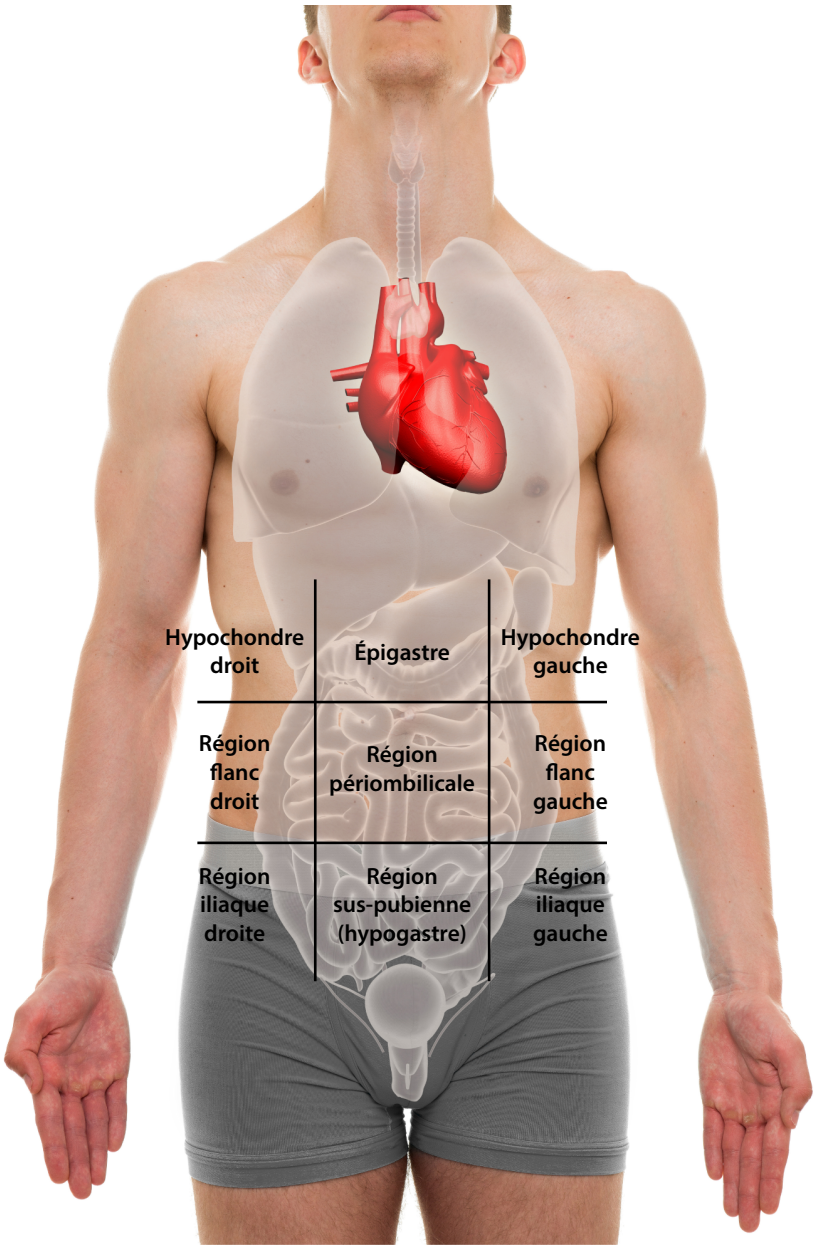
Montrez-moi la région où se situe votre malaise. Inscrire la description que fait la personne, de la manière la plus précise possible.

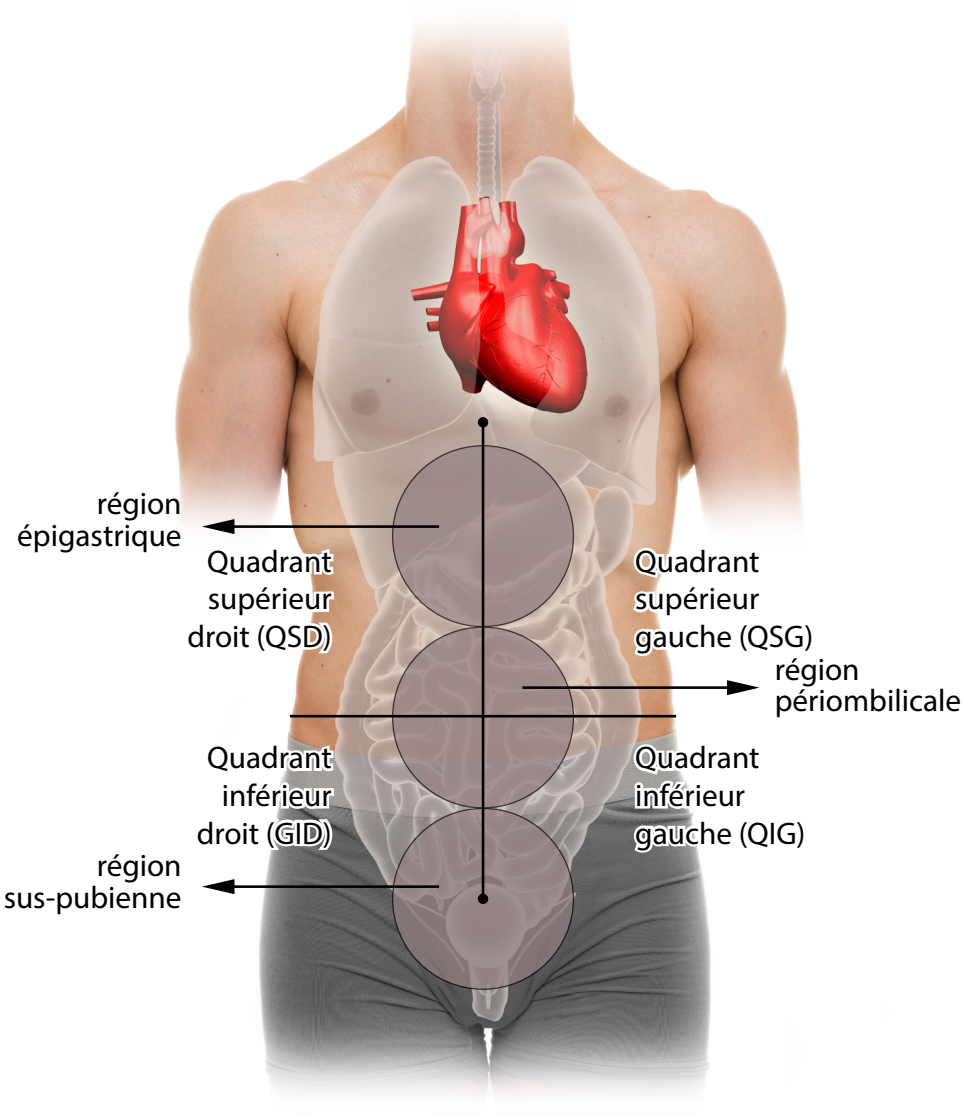
À quel endroit est-ce douloureux

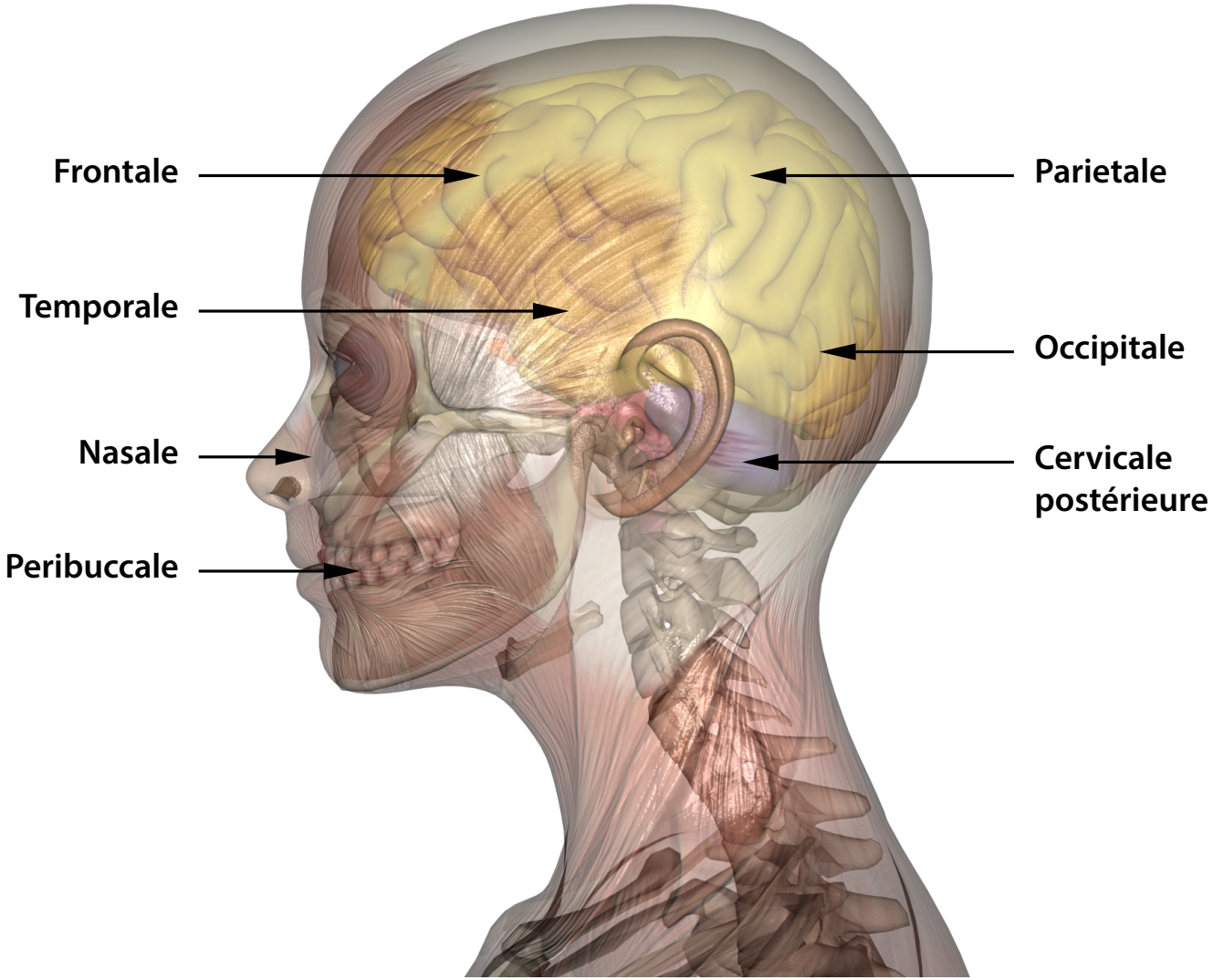
Le R s'applique si la région peut être caractérisée

- **IRRADIATION**

Est-ce que ça se limite à cet endroit ou est-ce que ça irradie, se propage, s'étend à d'autres régions


Hypochondre droit
Épigastre
Hypochondre gauche
Région flanc droit
Région périombilicale
Région flanc gauche
Région iliaque droite
Région sus-pubienne (hypogastre)
Région iliaque gauche


région épigastrique
Quadrant supérieur droit (QSD)
Quadrant supérieur gauche (QSG)
région périombilicale
Quadrant inférieur droit (GID)
Quadrant inférieur gauche (QIG)
région sus-pubienne


Frontale
Parietale
Temporale
Occipitale
Nasale
Cervicale postérieure
Peribuccale

S

- **Signes et symptômes associés (la sévérité de ces symptômes)**

D’autres symptômes ou malaises nouveaux sont-ils apparus depuis que vous ressentez le symptôme principal

Peut orienter l’examen clinique

T

- **TEMPS**

Quand le malaise est-il apparu, depuis combien de jours ressentez-vous ce malaise

- **DURÉE**

Pendant combien de temps avez-vous ressenti le malaise, le symptôme
Est-ce toujours présent au cours de la journée et de la nuit (constant ou intermittent)
Ne s'applique pas s'il le malaise est une perte de poids par exemple

U

- Understand = ce qui est à la source de ce problème selon le client

Selon vous, qu'est-ce qui peut causer ce malaise, que pensez-vous que ce symptôme signifie, de quel problème s'agit-il

Avez-vous déjà ressenti ce malaise, cette situation par le passé



Questions toujours axées sur le malaise dominant	Notez ici les réponses du client
O : Comment cette fatigue est-elle apparue, est-ce apparu rapidement ? **Provoquer :**Qu'est-ce qui provoque, entraîne, aggrave, augmente? **Pallier :** Qu'est-ce qui soulage, améliore, diminue le malaise?	
Qualité :Décrivez-moi votre malaise ? Que ressentez-vous? **Quantité :**Quelle est l'intensité, échelle 0 à 10 ? Est-ce que votre malaise diminue ou augmente depuis 48h? **Quel est l'impact de ce malaise sur vos activités :** Comment ce malaise affecte-t-il vos AVQ,AVD, est-ce que vous avez dû cesser ou reporter certaines activités depuis que ce malaise a débuté?	
Région : Quelle est la région, endroit où se manifeste votre malaise? **Irradiation:** Votre malaise s'étend-il à d'autres endroits?	
Signes et symptômes associés: Avez-vous ressenti d'autres malaises ou des sensations inhabituelles en plus de votre malaise dominant? Avez-vous observé d'autres signes ou changements en plus de votre malaise dominant?	
Temps et intermittence: Depuis quand ce malaise est-il présent? Votre malaise est-il constant ou intermittent ? S'il est intermittent, combien de temps dure-t-il, combien de fois par jour se manifeste-t-il? À quel moment apparaît-il?	
U: Quelle est la cause selon vous ? À quoi associez-vous ce malaise?	

PQRSTU un peu de pratique

Symptôme principal : Céphalée

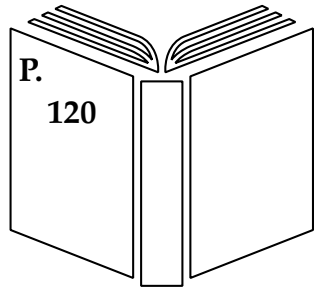
Contexte soins à domicile. Il est 15h00. Vous visitez Mme Abbott 65 ans, pour faire un changement de pansement postchirurgie orthopédique.

À votre question « Comment allez-vous? » elle vous répond «ça va, mais j'ai un mal de tête dérangeant depuis ce matin».

Complétez- vous le PQRSTU ?

Questions toujours axées sur le malaise dominant	Notez ici les réponses du client
O : Comment cette fatigue est-elle apparue, est-ce apparu rapidement ? **Provoquer :**Qu'est-ce qui provoque, entraîne, aggrave, augmente? **Pallier :** Qu'est-ce qui soulage, améliore, diminue le malaise?	
Qualité :Décrivez-moi votre malaise ? Que ressentez-vous? **Quantité :**Quelle est l'intensité, échelle 0 à 10 ? Est-ce que votre malaise diminue ou augmente depuis 48h? **Quel est l'impact de ce malaise sur vos activités :** Comment ce malaise affecte-t-il vos AVQ,AVD, est-ce que vous avez dû cesser ou reporter certaines activités depuis que ce malaise a débuté?	
Région : Quelle est la région, endroit où se manifeste votre malaise? **Irradiation:** Votre malaise s'étend-il à d'autres endroits?	
Signes et symptômes associés: Avez-vous ressenti d'autres malaises ou des sensations inhabituelles en plus de votre malaise dominant? Avez-vous observé d'autres signes ou changements en plus de votre malaise dominant?	
Temps et intermittence: Depuis quand ce malaise est-il présent? Votre malaise est-il constant ou intermittent ? S'il est intermittent, combien de temps dure-t-il, combien de fois par jour se manifeste-t-il? À quel moment apparaît-il?	
U: Quelle est la cause selon vous ? À quoi associez-vous ce malaise?	

Documentation



Le résultat du PQRSTU doit apparaître clairement au dossier

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-02	14h20 Malaise dominant : Rapporte Céphalée.
	Anamnèse
	Provoquer : mauvaise nuit et inquiétudes familiales.
	Pallier : Repos, lumière fermée.
	Q : 8/10 aussi intense depuis ce matin. Symptôme jamais ressenti sous cette forme et intensité.
	Incapable de faire ses AVD et AVQ.
	R : Frontale, irradiation au niveau des yeux.
	S : Vision trouble, incapable de lire.
	T : Constant depuis ce matin.
	U : Anxiété.

Cette note doit être suivie des interventions (incluant l'examen physique si nécessaire), les résultats, références et la signature.

N.B. Il est implicite que les données du PQRSTU proviennent du patient, de ce qu'il vous a communiqué. La note d'évolution ne mentionnera pas des termes comme : **rapporte que ou selon**, cela va de soi. Si les réponses ont été fournies par un proche, mentionner-le.

PQRSTU un peu de pratique

Symptôme principal : Agitation

Mme Abbott, 84 ans et atteinte d'un trouble neurocognitif majeur de cause Alzheimer.
Elle présente de l'agitation et crie plus qu'à l'habitude. Il est 23 heures et cela aurait débuté après le souper.

Est-ce possible de compléter le PQRSTU ?

Questions toujours axées sur le malaise dominant	Méthode enquêteur. Selon vous, selon les informations reçues de la famille, du PAB, etc.
Provoquer : Qu'est-ce qui provoque, entraîne, aggrave, augmente? **Pallier :** Qu'est-ce qui soulage, améliore, diminue le malaise?	
Qualité :Décrivez-moi votre malaise ? Que ressentez-vous? **Quantité :**Quelle est l'intensité, échelle 0 à 10 ? Est-ce que votre malaise diminue ou augmente depuis 48h? **Quel est l'impact de ce malaise sur vos activités :** Comment ce malaise affecte-t-il vos AVQ,AVD, est-ce que vous avez dû cesser ou reporter certaines activités depuis que ce malaise a débuté?	
Région : Quelle est la région, endroit où se manifeste votre malaise? **Irradiation:** Votre malaise s'étend-il à d'autres endroits?	
Signes et symptômes associés: Avez-vous ressenti d'autres malaises ou des sensations inhabituelles en plus de votre malaise dominant? Avez-vous observé d'autres signes ou changements en plus de votre malaise dominant?	
Temps et intermittence: Depuis quand ce malaise est-il présent? Votre malaise est-il constant ou intermittent ? S'il est intermittent, combien de temps dure-t-il, combien de fois par jour se manifeste-t-il? À quel moment apparaît-il?	
U: Quelle est la cause selon vous ? À quoi associez-vous ce malaise?	

EXAMEN CLINIQUE DE L'ABDOMEN

Date : _____/ _____/ _____
Heure : _____: _____

N° dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____

☐ Situation aiguë ☐ Situation de suivi

Malaise dominant :	

	ANAMNÈSE	☐ Journaliste ☐ Enquêteur
Onset		
Provoquer / Pallier		
Qualité / Quantité		
Région / Irradiation		
Signes / Symptômes		
Temps / Intermittence (fréquence, moment, durée)		
Understand, signification pour la personne		

ANAMNÈSE DE SUIVI

Difficultés à la déglutition :

- Difficulté à avaler : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
- Difficulté à mastiquer : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

Signes de déshydratation :

- Bouche sèche : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
- Soif fréquente : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

Présence de nausées : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

Problèmes de digestion

- Reflux /brûlement gastrocœsophagien: ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
- Crampes : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
- Douleur ou malaise : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

Problèmes d'élimination

- Urinaire : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
- Fécale : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

L'aîné est-il préoccupé par son état de santé digestive ou éliminatoire? ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

EXAMEN PHYSIQUE

Inspection

Signes gériatriques atypiques (comparer avec l'état habituel)

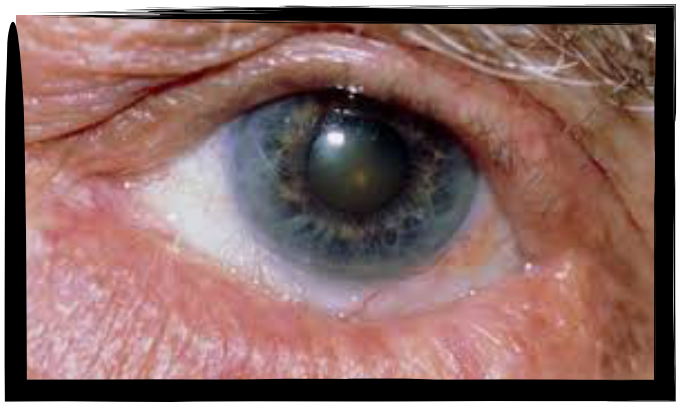
Perte brusque d'autonomie (< 1 sem.) : ☐ Oui ☐ Non
Changement brusque de l'état mental < 1 sem.) : ☐ Oui ☐ Non
Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement < 1 sem.) : ☐ Oui ☐ Non

Évaluation de l'état mental

- Capacité d'attention : ☐ Attentif ☐ Non attentif
- État de conscience : ☐ Hyperalerte ☐ Alerte ☐ Léthargique (verbal) ☐ Stuporeux (physique) ☐ Comateux

Apparence de l'abdomen

Normal ou anormal ?



M. Couture 91 ans, vous demande si c'est normal avec l'âge qu'il n'ait plus de cils.

Est-ce normal ou anormal?

Normal ou anormal ?



Mme Perreault, 87 ans, vous dit : «On dirait que mes yeux délavent avec l'âge . Est-ce normal, garde ?»

Est-ce normal ou anormal ?

Normal ou anormal ?



À la suite d’une chute, M. Coulombe 72 ans, présente une réaction pupillaire lente.

Normal ou anormal ?



Lors d'un soin prodigué à Mme Cadrin 75 ans, vous remarquez qu'elle ne ressent pas le toucher léger sur le dessus du pied.

Est-ce normal ou anormal ?

Normal ou anormal ?



La fille de Mme Côté (69 ans) dit qu'elle trouve sa mère un peu plus chaude et faible qu'à l'habitude.

Sa température rectale est 37.8°.

Est-ce normal ou anormal ?

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

TEMPÉRATURE CORPORELLE DE BASE-USAGER DE 65 ANS ET PLUS

Direction des soins infirmiers

- Débuter le processus de la température corporelle de base dans la semaine suivant l'admission.
- Un délai de 2 semaines est accordé pour la prise des 12 relevés de température :

  Date de début : _____

  Date de fin : _____
- Cocher la méthode de prise de la température (buccale ou rectale) et **CONSERVER LA MÊME MÉTHODE pour toute la durée de l'évaluation** :

  ☐ Buccale

  ☐ Rectale (à privilégier)

HEURE	JOUR 1 Date : _____	JOUR 2 Date : _____	JOUR 3 Date : _____	Température moyenne calculée par l'infirmière	État fébrile établi par l'infirmière
MATIN Entre 8 h et 11 h	Température : _____ Initiales : _____	Température : _____ Initiales : _____	Température : _____ Initiales : _____	_____ Initiales : _____	_____ Initiales : _____
APRÈS-MIDI Entre 13 h et 15 h	Température : _____ Initiales : _____	Température : _____ Initiales : _____	Température : _____ Initiales : _____	_____ Initiales : _____	_____ Initiales : _____
SOIR Entre 19 h et 21 h	Température : _____ Initiales : _____	Température : _____ Initiales : _____	Température : _____ Initiales : _____	_____ Initiales : _____	_____ Initiales : _____
NUIT Entre minuit et 5 h	Température : _____ Initiales : _____	Température : _____ Initiales : _____	Température : _____ Initiales : _____	_____ Initiales : _____	_____ Initiales : _____

Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales

Source : Inspiré de « Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie », Philippe Voyer et al. (2013), ERPI, 2e édition.

Normal ou anormal ?

M.Louis, 38 ans, présente une bande linéaire sur son ongle.

Est-ce normal ou anormal ?



https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498214004576

Examen physique

- Fonction respiratoire
- Fonction cardiaque
- Système digestif et abdomen
- Déshydratation
- Post-chute

Examen physique en situation complexe			
			8 9
INSPECTION	❑ État mental ❑ Symétrie de l'abdomen ❑ Ecchymose (signe de Cullen ou de Grey-Turner)	❑ État mental ❑ Respiration (type, fréquence, rythme, amplitude) ❑ Coloration de la peau ❑ Retour capillaire ❑ S.V. et Saturation ❑ Toux, expectoration, essoufflement ❑ Poids	❑ État mental ❑ Respiration (type, fréquence, rythme, amplitude) ❑ Coloration de la peau ❑ Retour capillaire ❑ S.V. et Saturation ❑ Tirage et toux
PALPATION	❑ Superficielle ❑ Profonde	❑ Température et oedeme MI ❑ Remplissage capillaire	❑ Expansion du thorax (symétrique ou asymétrique) ❑ Douleur thorax, masse
AUSCULTATION	❑ 4 quadrants (4-34 bruits/min.)	❑ Foyer aortique *** ❑ Foyer pulmonaire ❑ Foyer tricuspidien ❑ Foyer mitral ***	❑ LID (MVN) ❑ LIG (MVN)
Autres tests	❑ Point de McBurney ❑ Signe du ressaut (4 quadrants) ❑ Signe de Murphy ❑ Test de l'obturateur ❑ Test du muscle du psoas ❑ Ébranlement rénal	❑ R.A.D.A.R. / 4At (délirium) ❑ Pression veineuse jugulaire	❑ Sp02 ❑ Test de la marche sur 6 mètres

Étude de cas Mme Caux



Vous travaillez depuis quelques jours en RPA. Auparavant vous étiez en périnatalité… gros changement.

Mme Caux est âgée de 82 ans. Elle habite un appartement en résidence privée pour aînés, section autonome. Lors de sa visite à votre bureau pour un prélèvement, elle se plaint de sa mémoire. De plus, vous remarquez qu'elle réagit lentement.

Est-ce normal à cet âge avancé ?

Devez-vous évaluer cette situation ?

Normal ✓ ou pas *X* pour une personne âgée (65+)?

- Difficulté à se rappeler des séries de chiffres
- Ne se souvient plus de l'année de la Seconde Guerre mondiale
- Difficulté à signer son nom
- Capable de raconter ses vacances en Estrie il y a 15 ans, mais ne se souvient plus si sa soeur et beau-frère étaient présents
- A des oublis fréquents (un rendez-vous, un médicament à prendre, un item à rapporter), mais sans impact fonctionnel
- Est incapable de nommer les mois de l'année en ordre inversés
- Est incapable d'épeler le mot MONDE à l'envers lorsqu'il y a des stimuli
- Vois parfois des choses irréelles

Mettre le terme confus à la poubelle

~~CONFUS~~

À remplacer par : Précisions sur l'état mental

- État de conscience (niveaux d'état de conscience)
- Attention

Évaluer l'état mental aussi souvent que les signes vitaux

6e signe vital

- Niveau d'état de conscience.
- Attention
- Orientation
- Mémoire
- Organisation de la pensée
- Perception

Le 6e signe vital

Permet de déterminer **ÉTAT DE CONSCIENCE** et **ATTENTION**

- Une question ou une tâche 2 fois par quart de travail minimum, permet de vérifier si l'état est fluctuant.

Q. Mois de l'année en ordre inversé

Étude de cas M.Smith



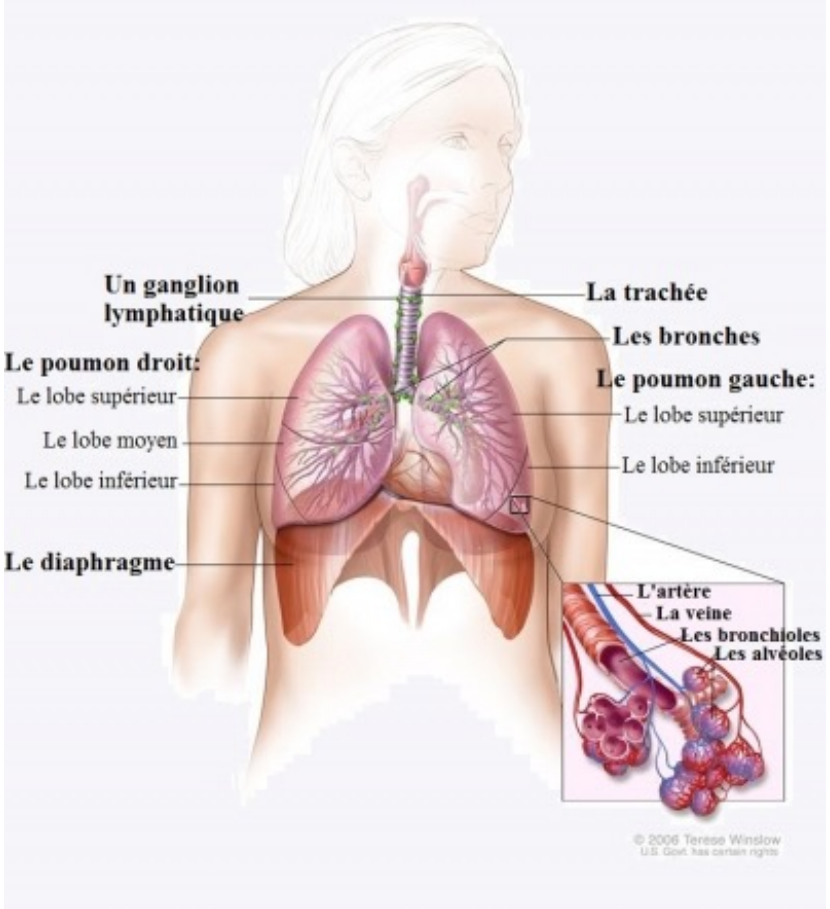
Un PAB vous avise que M. Smith est confus. Il ne comprend plus les consignes simples. Il sursaute constamment et ne reconnait plus le PAB. Il croit qu'il est en Alberta.

Comment notez-vous cette situation ?

Que faites-vous ?

Fonction respiratoire

- Connaître l'anatomie et la physiologie du système respiratoire
- PQRSTU
- Les principaux problèmes pulmonaires: comment les détecter



Fonction pulmonaire
Examen clinique en gériatrie

- **Anamnèse, OPQRSTU**
- **Paramètres de base (car les problèmes aigus sont souvent atypiques)**

  Modification de l'autonomie

  Changement de l'état mental

  Changement de comportement

- **Inspection , auscultation**

Les principaux problèmes pulmonaires, comment les détecter

- **PQRSTU**
- **Paramètres de base**

  Modification de l'autonomie ❑

  Changement de l'état mental ❑

  Changement de comportement ❑

- Entraînant un **impact fonctionnel** ❑

Fonction pulmonaire
Inspection

- État mental (attention, état de conscience)
- **Respiration** (type, **fréquence**, rythme, amplitude)
- Coloration de la peau et retour capillaire
- Saturation (95% , 93% si comorbidité, selon avis médical si MPOC)
- Tirage et toux

Fonction pulmonaire
Auscultation 2 - 8 -18 ou 30 sites ?

En situation aiguë : examen bref

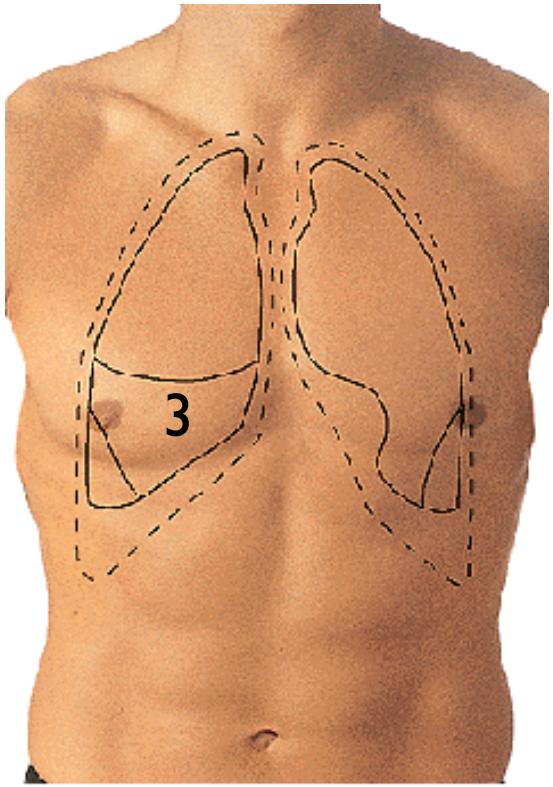
- Les lobes inférieurs en face postérieure

- Normal ou anormal

  Normal : MV (murmures vésiculaires)

  Anormal : Bruits adventices
  (crépitants ou sibilants)

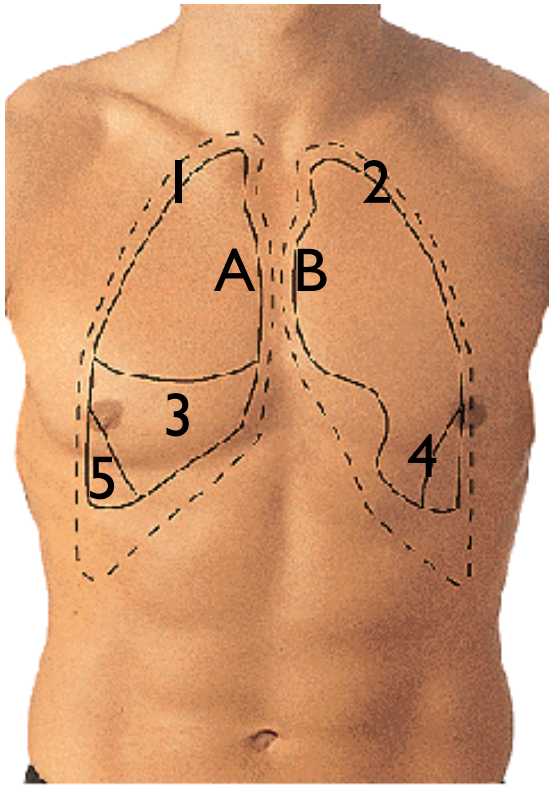
Auscultation contexte de situation aiguë, examen sommaire

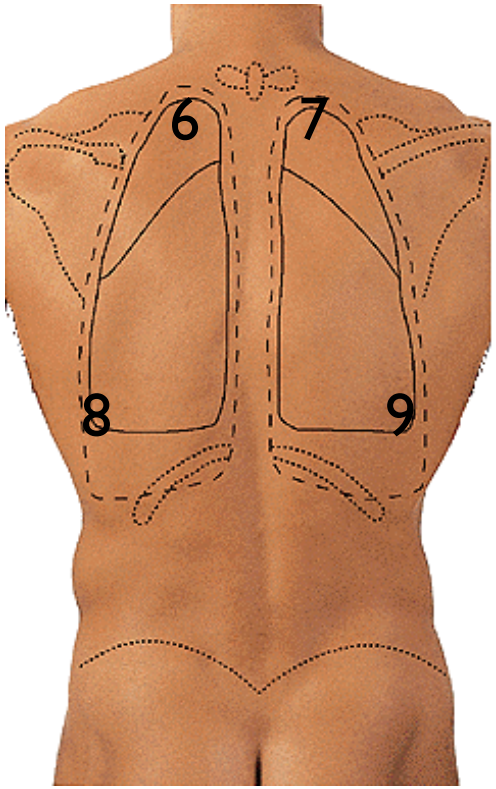




Auscultation lors d'un suivi

MPOC





79 Les principaux problèmes pulmonaires, manifestations atypiques

Pneumonie	• Modification des paramètres de base • Perte d'appétit • Chute • Fièvre gériatrique (↑ 1.1°) • Respiration>25/min. ou ↑3 respiration/min
Grippe	• Modification des paramètres de base • Perte d'appétit • Fatigue
OAP	• Modification des paramètres de base • Perte d'appétit • Fatigue • Oedème MI • Dyspnée paroxystique nocturne

Fonction cardiaque

- Connaître l'anatomie et la physiologie du système cardiaque
- PQRSTU
- Les principaux problèmes cardiaques:

  comment les détecter

Fonction cardiaque
Examen clinique en gériatrie

- **Anamnèse, OPQRSTU**
- **Paramètres de base (car les problèmes aigus sont souvent atypiques)**

  Modification de l'autonomie

  Changement de l'état mental(Détection du délirium R.A.D.A.R.)

  Changement de comportement

- **Inspection , auscultation**

Fonction cardiaque
Inspection

- **État mental**
- **Détresse circulatoire (cyanose, pâleur, teint grisâtre)**
- **Jugulaires (mesure de la pression, jugulaire interne droite)**

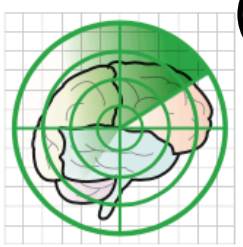
http://campus.cerimes.fr/semiologie-cardiologique/enseignement/examenclinique/site/html/3.html

Logo de votre institution

R.A.D.A.R.

Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine
© Philippe Voyer

www.fsi.ulaval.ca/radar



Lorsque vous lui avez administré ses médicaments, (cochez oui ou non)		Date :			Date :			Date :			Date :	
		Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non
1. Le patient était-il somnolent?	8 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	12 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	17 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	HS	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
2. Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	8 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	12 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	17 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	HS	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
3. Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	8 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	12 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	17 h	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐
	HS	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐

Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom

4AT

Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs

(étiquette)

Nom du patient :

Date de naissance :

Numéro de dossier :

Date : **Heure :**

Évaluateur :

ENCERCLER

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	**0**
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	**0**
Clairement anormal	**4**

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	**0**
1 erreur	**1**
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	**2**

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. »
Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »

Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	**0**
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	**1**
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	**2**

[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	**0**
Oui	**4**

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs
1-3 : troubles cognitifs possibles
0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT ☐

INSTRUCTIONS Version 1.2. Informations et téléchargement: **www.the4AT.com**

Le 4AT est un instrument de dépistage conçu pour l'évaluation initiale rapide du délirium et des troubles cognitifs. Un score de 4 ou plus *suggère un* délirium, mais n'est pas un diagnostic : une évaluation plus détaillée de l'état mental peut être nécessaire pour parvenir à un diagnostic. Un score de 1 à 3 suggère un trouble cognitif : des tests cognitifs plus détaillés ainsi que la réalisation de l'anamnèse selon un proche aidant sont nécessaires. Un score de 0 n'exclut pas définitivement la présence d'un délirium ou de troubles cognitifs : une évaluation plus détaillée peut être nécessaire en fonction du contexte clinique. Les items 1 à 3 sont évalués *uniquement sur l'observation du patient au moment de l'évaluation*. L'item 4 nécessite des informations provenant d'une ou plusieurs sources, par exemple, votre propre connaissance du patient, d'autres membres du personnel qui connaissent le patient (ex. les infirmières de l'unité), une lettre du médecin traitant, les notes au dossier, les soignants. L'évaluateur doit prendre en compte des difficultés de communication (déficience auditive, dysphasie, langue) lors de la réalisation de l'évaluation et de l'interprétation du score.

État de conscience : L'altération de l'état de conscience est très susceptible d'être un délirium dans le milieu hospitalier. Si le patient montre une altération significative de son état de conscience lors de l'évaluation au chevet, indiquer un score de 4 pour cet item. **Changement aigu ou évolution fluctuante :** la fluctuation est observée dans certains cas de démence sans présence de délirium, cependant une fluctuation prononcée indique généralement un délirium. Pour aider à cerner la présence d'hallucinations et/ou de pensées paranoïdes, poser des questions au patient telles que, « Êtes-vous préoccupé par quelque chose qui se passe ici? »; « Avez-vous peur de quelque chose ou de quelqu'un? »; « Avez-vous vu ou entendu des choses inhabituelles? »

Voyer, P., Wilchesky, M., Richard, H., Pelletier, I, Ballard, S., Lundu, O. (2016). 4AT French version 1.0. Université Laval, Québec, Canada.

© 2011-2014 MacLullich, Ryan, Cash

Fonction cardiaque
Palpation

- Oedème membres inférieurs (5 secondes)
- Température symétrique MI
- Remplissage capillaire (3secondes)
- Signes vitaux (Pouls et respiration sur 1 minute)

85 Fonction cardiaque / Auscultation

- **Positions**
- **Les différents foyers**

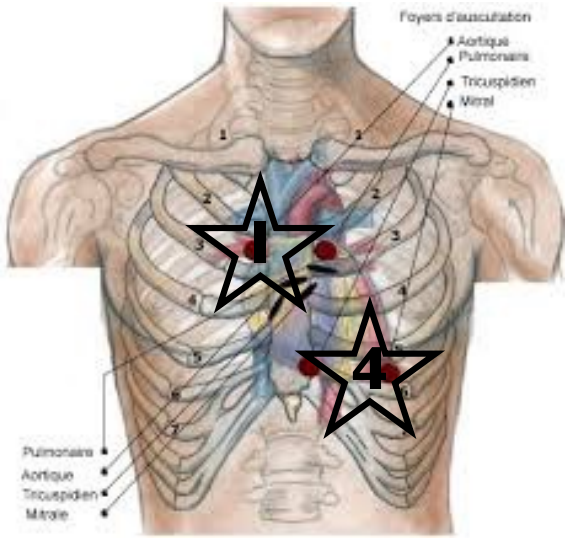
1-Aortique (2e espace intercostal)

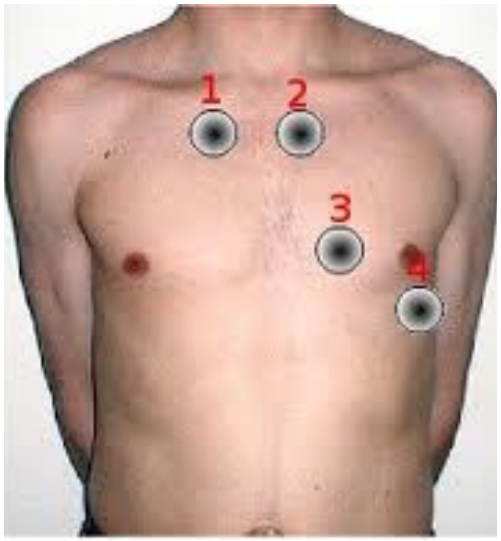
2-Pulmonaire (2e espace intercostal)

3-Tricuspidien (4e espace intercostal)

4- Mitral (5e espace intercostal)

- **Normal ou anormal**





B1 B2 ou B3 B4 ?

EXAMEN CLINIQUE CARDIAQUE SOMMAIRE
SITUATION AIGUE

Contexte de l'examen

Habiletés	Maitrise	Non-maitrisé
1. Environnement		
Lumière adéquate	☐	☐
Rideau/porte fermée	☐	☐
Diminution des bruits, distractions	☐	☐
2. Personne		
Est-ce que vous me voyez bien ?	☐	☐
Est-ce que vous m'entendez bien ?	☐	☐
Êtes-vous confortable ?	☐	☐
Position adéquate pour l'examen	☐	☐
3. Infirmière / inf.aux.		
Bon équipement (lampe stylo, stéthoscope, etc.)	☐	☐
4. **Consentement à l'examen** (se présente, cogne à la porte, laisse un temps adapté à la réaction, respect, langage adapté, explique l'examen, « êtes-vous d'accord ou acceptez-vous ou est-ce le bon moment? »)	☐	☐

Notes :

Coaching clinique ou pour s'évaluer
Outils développés par Mireille Guillemette, Mire Formation

TOUS DROITS RÉSERVÉS Guillemette Mireille, Mire Formation Conseil inc. 2023-11-29

Adapté de Voyer,P.,Examen clinique de l'aîné, éd.ERPI 2e édition 2017 https://www.erpi.com/fr/l-examen-clinique-de-l-aine-2e-ed-voyer-manuel-versi-9782761372022.html
et https://www.oiiq.org/suivi-integre-des-patients-vivant-avec-une-mpoc

Anamnèse situation aiguë

Habiletés	Maitrise	Non-Maitrisé
Histoire de santé (raison de consultation, ATCD, habitudes de vie/alcool, tabac, vapotage, médicaments et PQRSTU axé sur le nouveau symptôme / malaise dominant. Les questions sont posées de façon claire, sans suggérer des réponses.		
P **Provoquer :**Qu'est ce qui provoque, entraîne, aggrave, augmente?	☐	☐
Pallier : Qu'est ce qui soulage, améliore, diminue le malaise?	☐	☐
Q **Qualité** : Pouvez-vous me décrire ce symptôme ? **Quantité** : Échelle 0-10 ou qualifier par la description. **Impact fonctionnel**: Est-ce que vous avez dû cesser ou diminué une activité depuis l'apparition de ce malaise ?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
R **Région** : Montrez-moi la région où se situe votre malaise. Inscrire la description que fait la personne, de la manière la plus précise possible. **Irradiation** : Est-ce que ça se limite à ce endroit ou est-ce que ça irradie, se propage, s'étend à d'autres régions	☐ ☐	☐ ☐
S **Signes et symptômes** associés : D'autres symptômes (signes de maladie) ou malaises sont-ils apparus depuis que vous ressentez le symptôme principal ?	☐	☐
T **Temps** : Quand le malaise est-il apparu, depuis combien de jours ressentez-vous ce malaise **Intermittence** : Pendant combien de temps avez-vous ressenti le malaise, le symptôme ? Est-ce toujours présent au cours de la journée et de la nuit (constant ou intermittent)	☐ ☐	☐ ☐
U **Understand** : ce qui est à la source de ce problème selon le client Selon vous, qu'est-ce qui peut causer ce malaise, que pensez-vous que ce symptôme signifie, de quel problème s'agit-il	☐	☐
Pose des questions ciblées sur la dyspnée	☐	☐
Pose des questions ciblées sur la toux	☐	☐
Pose des questions ciblées sur la fatigue	☐	☐

TOUS DROITS RÉSERVÉS Guillemette Mireille, Mire Formation Conseil inc. 2023-11-29

Adapté de Voyer,P.,Examen clinique de l'aîné, éd.ERPI 2e édition 2017 https://www.erpi.com/fr/l-examen-clinique-de-l-aine-2e-ed-voyer-manuel-versi-9782761372022.html
et https://www.oiiq.org/suivi-integre-des-patients-vivant-avec-une-mpoc

Pose des questions ciblées sur l'oedème	☐	☐
Vérification de la présence des signes gériatriques atypiques (Perte d'autonomie, changement d'état mental, changement de comportement)	☐	☐
Vérification de l'évolution du malaise dominant : stabilité, amélioration ou détérioration depuis 1 semaine / depuis 48 heures	☐	☐
Vérification de l'évolution de l'état général : stabilité, amélioration ou détérioration depuis 1 semaine	☐	☐

Notes :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Coaching clinique ou pour s'évaluer
Outils développés par Mireille Guillemette, Mire Formation

TOUS DROITS RÉSERVÉS Guillemette Mireille, Mire Formation Conseil inc. 2023-11-29

Adapté de Voyer,P.,Examen clinique de l'aîné, éd.ERPI 2e édition 2017 https://www.erpi.com/fr/l-examen-clinique-de-l-aine-2e-ed-voyer-manuel-versi-9782761372022.html
et https://www.oiiq.org/suivi-integre-des-patients-vivant-avec-une-mpoc

Examen physique cardiaque sommaire (situation aigüe)

Habiletés	Maitrise	Non-maitrisé
Inspection		
Évaluer l'état mental (état de conscience et l'attention)	☐	☐
Respiration (**F**réquence (sur 1 minute), **R**ythme (régulier/irrégulier), **A**mplitude (superficielle/ profonde), **T**ype (thoracique/abdominale), **O**rthopnée	☐	☐
Évalue si présence d'essoufflement / classe selon NYHA Évalue si présence d'orthoptnée et de toux pendant l'examen	☐	☐
Coloration de la peau (signes de détresse circulatoire cyanose, teint grisâtre, pâleur)	☐	☐
Retour capillaire (3 secondes)	☐	☐
Oxygénation Signes vitaux et saturation	☐	☐
Poids (gain ou perte / ALERTE si gain 3 livres depuis 24h ou 5 livres depuis 7 jours)	☐	☐
Palpation		
Mesure l'oedème aux membres inférieurs (5 sec. / mollets ou région sacré)	☐	☐
Évalue PIC : température + moiteur + symétrie	☐	☐
Auscultation (écoute des bruits à l'aide du stéthoscope) **LID et LIG**		
Position du stéthoscope au foyer aortique 2e espace intercostal droit, à 1 cm du sternum	☐	☐
Position du stéthoscope au foyer pulmonaire 2e espace intercostal gauche, à 1 cm du sternum	☐	☐
Position du stéthoscope au foyer tricuspidien 4e espace intercostal gauche, parasternal	☐	☐
Position du stéthoscope au foyer mitral 5e espace intercostal gauche, médioclaviculaire Fait tourner le patient sur le côté gauche ou penché vers l'avant	☐	☐
Identifie si normal B1, B2 ou anormal (B3, B4 /bruits de galop au foyer Mitral, souffle, frottement péricardique)	☐	☐
Approche et communication au cours de l'examen physique		
Approche et communication adaptée à la personne	☐	☐
Gestion du refus si s'applique	☐	☐
Encourage la personne (chaque minute si troubles cognitifs)	☐	☐
Encourage la personne a participer, respecte son rythme	☐	☐

TOUS DROITS RÉSERVÉS Guillemette Mireille, Mire Formation Conseil inc. 2023-11-29

Adapté de Voyer,P.,Examen clinique de l'aîné, éd.ERPI 2e édition 2017 https://www.erpi.com/fr/l-examen-clinique-de-l-aine-2e-ed-voyer-manuel-versi-9782761372022.html
et https://www.oiiq.org/suivi-integre-des-patients-vivant-avec-une-mpoc

Réinstalle la personne, s'assure du confort et de la sécurité	☐	☐

Notes :

Habiletés	Maitrise	Non-maitrisé
AUTRES TESTS		
R.A.D.A.R. (Délirium)	☐	☐
4At (délirium)	☐	☐
Pression veineuse jugulaire (tête lit 30º- 45º)	☐	☐
Test du reflux hépatojugulaire (tête lit 30º, pression QSD abdomen 10 secondes)	☐	☐
Artères carotides		
Palpation	☐	☐
Auscultation	☐	☐

Notes :

Coaching clinique ou pour s'évaluer
Outils développés par Mireille Guillemette, Mire Formation

TOUS DROITS RÉSERVÉS Guillemette Mireille, Mire Formation Conseil inc. 2023-11-29

Adapté de Voyer,P.,Examen clinique de l'aîné, éd.ERPI 2e édition 2017 https://www.erpi.com/fr/l-examen-clinique-de-l-aine-2e-ed-voyer-manuel-versi-9782761372022.html
et https://www.oiiq.org/suivi-integre-des-patients-vivant-avec-une-mpoc

90 Les principaux problèmes cardiaques, manifestations atypiques

Angine, infarctus (Seulement 12% présentent DRS,ECG anormal et modification des enzymes)	• Modification des paramètres de base • Faiblesse • Délirium • Chute • Toux • Difficulté respiratoire • Douleur diffuse • Anxiété, SCPD
Arythmie	• Modification des paramètres de base • Dyspnée, essoufflement • Perte de conscience • Étourdissement • Faiblesse • Fatigue

Étude de cas Mme Gagnon

Mme Gagnon est âgée de 68 ans.

Elle se plaint d'étourdissements importants. A eu une perte de conscience hier matin. Son conjoint est très inquiet pour elle et lui a demandé de consulter.

Que faites-vous ?

Anamnèse OPQRSTU axé sur le malaise dominant : Étourdissements

Et ensuite ?

Comment prendre la décision concernant le suivi clinique :

1. Un ou des paramètres de base sont-ils affectés ?

- autonomie
- état mental
- comportement

2. Impact fonctionnel ? Oui Non

3. Autres signes, symptômes, résultats de l'examen physique :

Étude de cas M. Gariépy

M.Gariepy, 34 ans, travaille dans le domaine de la construction et livreur pour Balazone le soir et les fins de semaine.
Sent que son cœur s'emballe parfois, anxiété et difficulté à dormir.

Que faites-vous ?

Anamnèse histoire de santé et OPQRSTU axé sur le malaise dominant : Palpitations

Et ensuite ?

Abdomen et système digestif

- Connaître l'anatomie et la physiologie du système digestif et génito-urinaire
- Les principaux problèmes et leurs manifestations atypiques
- OPQRSTU
- Les principaux problèmes : comment les détecter

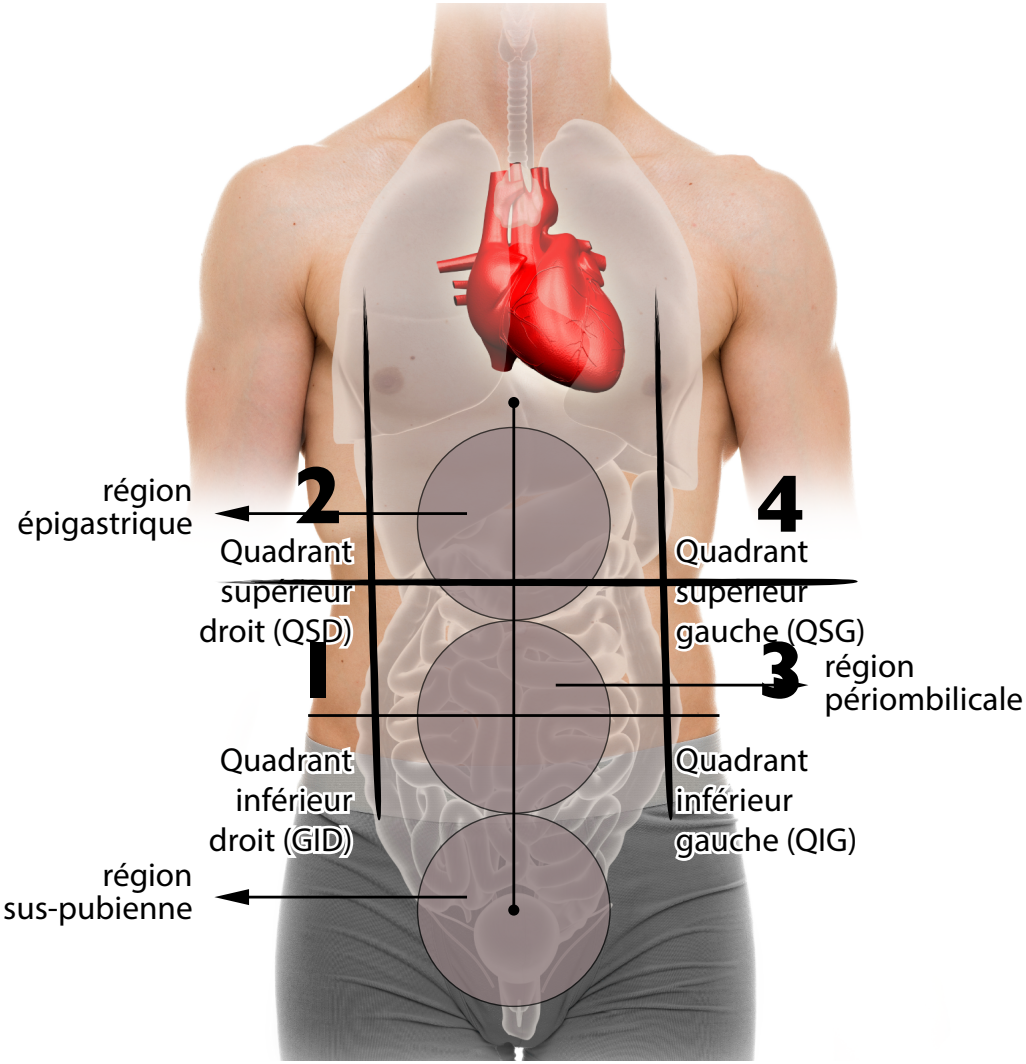
Signes de déshydratation



- Bouche sèche
- Fatigue, faiblesse, changement d'état mental
- Signes vitaux
- Aisselles sèches
- LA QUESTION _____ ?
- Turgescence (pli cutané)

Examen physique

- Inspection (état mental, symétrie de l'abdomen)
- Auscultation : normal (4-34 bruits/ min.)ou anormal
- Percussion (tympanisme ou matité)
- Palpation superficielle (1 cm) et profonde (4-5 cm)



Exemples de problèmes, manifestations atypiques

Constipation	• Modification des paramètres de base • Fréquence d'élimination<3 fois/semaine • Type 1 ou 2 échelle Bristol • Auscultation <4 ou>34 bruits/min.
Infection urinaire Seul. 20% ont une modification urines	• Modification des paramètres de base • Chute • Fatigue, perte d'appétit
Ulcère gastrique Absence de douleur 35-50%	• Modification des paramètres de base • Perte de poids • Constipation, ballonnements, flatulences
RGO	• Modification des paramètres de base • Fausses angines à répétition • Dysphonie • Laryngite, pneumonie, hoquet

Étude de cas Sarah 28 ans



Sarah, 28 ans consulte l'infirmière au bureau des soins de son établissement scolaire.
Elle se plaint de douleur abdominale et envie fréquente d'uriner.

* Soyons réaliste, vous avez un maximum de 15 minutes !

- Que faites-vous ?

  Anamnèse OPQRSTU axé sur le malaise dominant :
  Douleurs abdominales

  Et ensuite ?

Sarah, suite

Examen physique

Votre intervention est :

La documentation doit comprendre :

https://vimeo.com/832746663/
eed8ac3bc5?&login=true#_=_

100

Étude de cas M.Létourneau

M.Létourneau, 74 ans, Unité de médecine.
Sonne car il se sent mal, anxieux, douleur abdominale 8/10.
Il présente une coloration bleutée au niveau du ventre.
Sudation importante, respiration rapide et superficielle.

Que faites-vous ?

Étude de cas M.Simard

M.Simard, 59 ans, consulte l'infirmière au bureau de santé en milieu de travail.
Il se plaint de reflux acide qui l'empêche d'être concentré au travail.

Que faites-vous ?

Anamnèse

RC :Reflux acides

Histoire de santé

Et ensuite ?

Étude de cas M.Pierre-Louis

M.Pierre-Louis, 79 ans, se plaint d'inconfort abdominal.
N'a pas été à la selle depuis 48 heures alors que son habitude est 2 selles par jour.
Il est allé à la toilette, après plusieurs minutes d'efforts de poussée, il a eu une très petite selle en petites boules dures.

Signes et symptômes de constipation ? Que faites-vous ?

Anamnèse

Histoire de santé

Et ensuite ?



Standard de suivi DYSPHAGIE

Parce que la dysphagie affecte

- la majorité des résidents en CHSLD
- 40 % des personnes ayant subi un AVC
- 10 % des personnes âgées et
- peut affecter un patient à tout âge

Voyons un exemple de suivi standard.

Regardons la scène

Que notez-vous au dossier ?

Post-chute

1. Examen physique

↕

2. Anamnèse



Se référer à la règle de soins de l'établissement et grille clinique

Post-chute

Les éléments essentiels à consigner

Si le formulaire post-chute n'est pas disponible, la note doit comprendre les éléments d'**évaluation suivants** :

- État mental (Capacité d'attention et niveau d'état de conscience)
- Signes vitaux
- Douleur, localisation, intensité
- Alignement des membres, présence de déformation des membres
- La mobilité des membres (réponse motrice)
- Lacération ou hématome
- La présence ou l'absence de tout symptôme avant la chute (étourdissements, douleur, vertiges, nausées)
- La description que fait l'usager de sa chute

Dans 30 % des chutes, un **impact crânien** survient. Il ne doit jamais être négligé. Même s'il s'agit d'une simple présomption, toute possibilité d'un traumatisme crânien doit être notée. Les éléments suivants doivent être ajoutés à la note.

- Les signes neurologiques (réflexe pupillaire, écoulement de sang ou liquide clair à l'oreille)
- Douleur à la tête
- Nausées ou vomissements

Dans tous les cas de chute chez une personne de 65 ans et plus, on doit obligatoirement noter les éléments suivants :

- **Signes gériatriques atypiques** (perte d' autonomie, changement d'état mental ou de comportement depuis moins d'une semaine).

Étude de cas M.Gagnon

M.Gagnon sonne, il est au sol près de son fauteuil. Il est conscient et répond bien à vos questions.

Regardons la scène

IVlire
Formation Conseil inc.

SUIVI POST-CHUTE / AIDE-MÉMOIRE

À compléter à chaque quart de travail pour 48 à 72 heures

Nom, prénom, numéro d'appartement :
Date et heure de la chute :

Description des évènements :

Présence ou absence de tout symptôme avant la chute (étourdissements, douleur, vertiges, nausées) :

SUIVI POST-CHUTE / date et heure		2020-08-24 10h20					
État mental	Capacité d'attention	Attentif					
	État de conscience (1-alerte, 2-hyper alerte, 3-léthargique, 4-stuporeux, 5-comateux)	1					
S.V.	T.A.	145/90					
	Pouls (sur 1 minute)	92					
	Respiration (sur 1 minute)	24					
	T°C	36.2 A					
	Saturation	96 %					
Douleur	Localisation, intensité	Ø					
M.S. et M.I.	Alignement des membres Présence ou absence de déformation des membres	✓					
Mobilité	Bouge les membres (réponse motrice)	✓					
	Lacération ou hématome	Bras droit					
Impact crânien possible	Signes neurologiques / réflexe pupillaire Écoulement de sang ou liquide à l'oreille	Normal Ø					
	Douleur à la tête	Ø					
	Nausées ou vomissement	Ø					
Initiales	* si note d'évolution ajoutée	M.G *					

* Documenter la présence de signes gériatriques atypiques : changement d'état de conscience, de comportement ou d'autonomie

Standard de suivi DÉLIRIUM

Parce le délirium est parfois le manifestation atypique d'un problème de santé aigu,
Voyons un exemple de suivi .

Regardons la scène

Examen clinique - Situation de suivi Délirium

Année-mois-jour xxxx-xx-xx	Heure 00h00
Anamnèse	Questions ciblées portant sur : - État de conscience - Attention - Organisation de la pensée - Mémoire et orientation - Perceptions - Changements et fluctuation - Anxiété
Examen physique	INSPECTION État de conscience et attention au moment de l'entrevue
Établir le suivi	Compléter la courbe cognitive QUOCO Enseignement, promotion de la santé Surveillance des médicaments associés au délirium
Autres tests	MEEM 4At MoCA
Prénom, nom, titre professionnel	

Mire Formation Conseil inc.

TOUS DROITS RÉSERVÉS Mireille Guillemette, Mire Formation Conseil inc. 2024-06-01

Examen clinique - Situation de suivi Délirium

Exemple patient âgé de 70 ans, épisode de délirium diagnostiqué à l'urgence il y a 3 mois.

1re visite à domicile. Habite avec 5 membres de sa famille.

2024-09-01 13h00 Visite à domicile pour suivi délirium.
Me répond et m'ouvre. Identification sans équivoque. Connait l'importance du suivi concernant le délirium survenu il y a 3 mois. Dit ne plus consommer aucun alcool, et prendre ses médicaments comme prescrits.
Anamnèse
Au cours de la dernière semaine.
Ne rapporte pas de période de changement de sont état de conscience, de l'attention, de désorganisation de la pensée, de problème de perceptions ni de changements moteurs.
Rapporte problèmes de mémoire et anxiété reliée à ses problèmes de mémoire.
RADAR complété par sa soeur x 7 jours : négatif.
INSPECTION
MEEM résultat 28/30.
Grille QUOCO complétée.
Enseignement fait sur l'impact de l'activité physique et la stimulation cognitive.
Visite de suivi prévue dans 6 mois. Connais le numéro pour nous joindre en cas de changement dans son état.
Signature lisible, titre.

*Visionner la vidéo sur la chaîne YouTube Mireformation.

Mire Formation Conseil inc.

TOUS DROITS RÉSERVÉS Mireille Guillemette, Mire Formation Conseil inc. 2024-06-01

La justification du PTI

Ce que l'on doit retrouver dans la **NOTE D'ÉVOLUTION**

- L'évaluation initiale, l'évaluation d'un nouveau symptôme
- L'évaluation continue (amélioration et détérioration)
- Les résultats de la surveillance clinique de l'état de santé (effets secondaires de la médication, dysphagie, dénutrition, délirium, dépression, etc.)
- L'évaluation des besoins du client/ famille
- L'enseignement fait
- La référence aux services disponibles

Note d'évolution au quotidien

Année-mois-jour xxxx-xx-xx	Heure 00h00
Évaluation Évaluation démontrant l'évolution ou un changement. Évaluation continue car patient à risque ou instable.	Données subjectives Données objectives pertinentes
Décision	Hypothèse professionnelle Impression clinique Justification d'un soin
Interventions	Soins, surveillance, suivi Enseignement Référence
Résultats	Évaluation Suivi
Prénom, nom, titre professionnel	

Exemple (patient âgé de 70 ans, à l'urgence depuis 4 heures).

2024-06-01 22h15 Changement d'état mental. Léthargique,inattentif. Pensée désorganisée.
Désorienté dans le temps. 4At résultat 11/12.
Impression clinique de délirium.
22h20 Dr. Shan avisée stat. Dit qu'elle sera au chevet d'ici qq min.
Signature lisible, titre.

Mire Formation Conseil inc.

TOUS DROITS RÉSERVÉS Mireille Guillemette, Mire Formation Conseil inc. 2024-06-01

ÉLÉMENTS INTERPRÉTABLES À ÉVITER	FAITS PRÉCIS ET NON INTERPRÉTABLES
Dyspnéique	Dit se sentir à bout de souffle au moindre déplacement.
Respiration normale, eupnéique	Resp. 16/min. régulière, amplitude profonde.
Aucune plainte formulée	Douleur bien contrôlée avec la médication actuelle. Absence de nouveau symptôme.
Râles importants	Râles 2/3 échelle Victoria.
Sécrétions jaunâtres très abondantes	Sécrétions jaunâtres. Expectore à chaque épisode de toux q 5 à 10 minutes.
Sonne +++ ou accaparant +++	Changement de comportement, sonne 6 fois entre 22h et 23h15. Irritabilité.
Va bien ou Rien de spécial	Alerte, attentif. Absence de nouveau symptôme.
Mange bien	Mange 100% de l'assiette principale et 1 yogourt. OU Absence de signes de dysphagie lors dudéjeuner. OU Autonome pour s'alimenter au diner. OU Utilise ses mains plutôt que les ustensiles pour manger le contenu de l'assiette principale.
Dépressif ou découragé	Rapporte se sentir dépressif « idées noires » depuis 3 jours. Perte d'appétit et difficulté à se concentrer.
Confus	Changement d'état mental, léthargique, inattentif, désorienté dans l'espace.
Au lit à mon arrivée	07h40 Alerte, attentif.

Mire Formation Conseil inc.

TOUS DROITS RÉSERVÉS Mireille Guillemette, Mire Formation Conseil inc. 2024-06-01

Note d'évolution lors d'un nouveau malaise - Examen clinique sommaire / situation aiguë

Année-mois-jour	Heure
xxxx-xx-xx	00h00

1- ANAMNÈSE

Plainte ou raison de consultation
PQRSTU et histoire de santé

2- EXAMEN PHYSIQUE

	PULMONAIRE	CARDIAQUE
	*État mental : État de conscience et attention	
INSPECTION	• Respiration, toux • Coloration peau • Retour capillaire • S.V. saturation	• Respiration, toux • Coloration peau • Retour capillaire • S.V. saturation, poids
PALPATION	• Expansion du thorax (symétrique ou asymétrique) • Douleur thorax, masse	• Température et oedeme MI (5 sec.) • Remplissage capillaire (3 sec.)
AUSCULTATION	• LID (MVN) • LIG (MVN) • LM (si on suspecte pneumonie d'aspiration)	• Foyer aortique *** (B1-B2) • Foyer pulmonaire • Foyer tricuspidien • Foyer mitral *** (B3-B4)
AUTRES	• Sp02 • Time up and go	R.A.D.A.R. 4 At

3- DÉCISION - INTERVENTION

Impression et décisions clinique - Interventions

Prénom, nom, titre professionnel

Mire Formation Conseil inc.

TOUS DROITS RÉSERVÉS Mireille Guillemette, Mire Formation Conseil inc. 2024-06-01

Note d'évolution lors d'un nouveau malaise - Examen clinique sommaire / situation aiguë

Année-mois-jour xxxx-xx-xx

Heure 00h00

1- ANAMNÈSE

Plainte ou raison de consultation
PQRSTU et histoire de santé

2- EXAMEN PHYSIQUE

	ABDOMINAL	NEUROLOGIQUE
INSPECTION	• Symétrie de l'abdomen • Ecchymose (signe de Cullen et de Gray-Turner)	• Réflexe pupillaire • Signes neuro
PALPATION	• Superficielle • Profonde	• Force : - Serrer les mains - Lever les genoux contre résistance
AUSCULTATION	4 quadrants (4-34 bruits / minute)	
AUTRES	• Signe du flot (ascite) • Signe du ressaut	• Coordination • Capacité sensorielle • Perception douleur

3- DÉCISION - INTERVENTION

Impression clinique
Interventions
Décisions clinique

Prénom, nom, titre professionnel

Mire Formation Conseil inc.

TOUS DROITS RÉSERVÉS Mireille Guillemette, Mire Formation Conseil inc. 2024-06-01

116

Documentation précise

permettant de repérer facilement et rapidement l'évaluation

Les résultats doivent fournir une évaluation complète et minutieuse des fonctions et des organes examinés.
Exemple de note portant sur l'anamnèse, l'examen physique et les interventions.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2014-12-28	8h10 Examen clinique pulmonaire en situation aiguë.
	Malaise dominant : Essoufflement.
	Anamnèse
	P : Provoqué : Ne sait pas. Pallié : se repose, mange seulement de très petits repas.
	Q : Sensation d'oppression, incapable de prendre insp. profonde, 7/10.
	Impact fonctionnel présent : ne fait plus aucun AVD depuis hier.
	R : S.O.
	S : Toux sèche occasionnelle depuis 2 jours. Grande fatigue. Perte d'appétit.
	T : Constant depuis 3 jours.
	U : Ne sais pas.
	Examen physique
	INSPECTION : Attentive, alerte. Retour capillaire 1 sec., S.V. dans ses moyennes.
	FR : 24/ min, rég, thoracique, superficielle, retour capillaire normal, saturation 96 % air ambiant,
	aucun tirage, ni expectoration, ni cyanose durant l'examen mais présence de toux sèche pendant l'examen.
	AUSCULTATION : BB : N, face antérieure et postérieure LID : crépitants et tous les autres lobes MVN.
	8h25 Interventions : Dr Dumas avisé. PTI modifié.
	..... Marthe Pierre-Louis inf.
N.B. L'utilisation du formulaire Examen clinique remplacerait cette note	

Souligné

Pas de trait

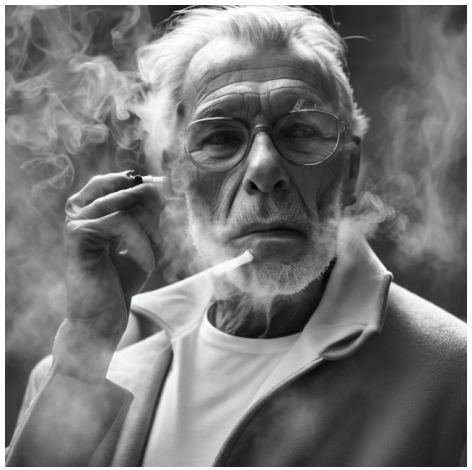
Majuscules

Mme Duruisseau

M. Duruisseau se plaint de reflux gastro-oesophagien.

Il demande son Zantac.

Une ordonnance individuelle est à son dossier.



Que doit-on retrouver dans la note :_____

_____

_____

Note d'évolution administration d'un médicament PRN

Année-mois-jour xxxx-xx-xx	Heure 00h00

Évaluation Justification, raison d'administration.	Données subjectives Données objectives pertinentes
Interventions Ne pas doubler l'information : ce qui est signé sur la FADM, n'a pas à être de nouveau inscrit dans une note.	Soins Surveillance Enseignement
Résultats	Évaluation des effets attendus selon le pic d'action du médicament et effets indésirables Suivi clinique

Prénom, nom, titre professionnel

Ce qui doit être fait

- Vérifier l'ordonnance.
- Connaitre le médicament.
- Identifier le patient sans équivoque.
- Obtenir le consentement libre et éclairé.
- Transmettre l'information au rapport inter-service.

Les généralités et routines de soins, ainsi que les détails d'une technique de soin n'ont généralement pas à être notés.

Mire Formation Conseil inc.

TOUS DROITS RÉSERVÉS Mireille Guillemette, Mire Formation Conseil inc. 2024-06-01

Note d'évolution administration d'un médicament PRN

Exemple (Résident CHSLD, pas de selles depuis 3 jours. Aucun changement de comportement, état mental ou perte d'autonomie).

2024-06-01 08h45 Pas de selles depuis 3 jours selon données entrées par PAB.
Ne présente pas de perte d'autonomie, changement de comportement ou d'état mental dans le dernier 24h.
Examen sommaire de l'abdomen.
INSPECTION Alerte, attentif.
AUSCULTATION abd.4 quadrants : entre 7 et 15 bruits/minute.
PALPATION profonde résultat normal aux 4 quadrants.
Interventions PAB avisé de faire marcher 4 fois d'ici 16h00 et d'offrir liquides q heure.
Signature lisible, titre.

Mire Formation Conseil inc.

TOUS DROITS RÉSERVÉS Mireille Guillemette, Mire Formation Conseil inc. 2024-06-01

Mme Gagnon

Profil : HTA contrôlée, arthrite, fumeuse, MPOC diagnostiquée en 2008, plaie ulcère veineux MID.

Présentement hospitalisée pour pneumonie.

Rappel des critères de pertinence des constats :

Problème qui requiert un suivi clinique particulier

Problème qui a une incidence sur le suivi clinique du client

Problème qui présente un changement significatif (détérioration) pour le suivi clinique du client

Les constats de votre PTI porteront sur:

_____

_____

_____



Standard de suivi MPOC

Écoutons cet exemple de suivi MPOC

Que doit-on retrouver dans la note :_____

_____

_____

122

M.Tremblay

Profil : HTA contrôlée, PTH droite en 2007, insuffisance cardiaque, arythmie, pneumonie il y a 6 mois .

Il est à domicile.
Lors de votre visite à domicile, dit se sentir plus fatigué depuis 3 jours, perte d'appétit, activité sociale annulée hier.

Vous procédez à l'examen clinique, présence de bruits adventices LID

Le constat de votre PTI :

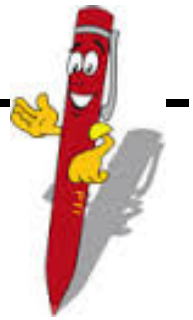


123

Mme Pierre-Louis

71 ans, unité des urgences depuis 6 heures. Admise pour DEG.
Lors de vos soins vous remarquez qu'elle tient des propos incohérents, elle est bizarre selon son mari. Il vous dit qu'elle a eu une incontinence hier, ce qui inhabituel, Elle tends la main vers vous en appelant « Charles ».

Le constat de votre PTI :



NOTES D'ÉVOLUTION

DT9076

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT CEGEP La Réussite

DATE	NOTES ET SIGNATURES
Année 2023 Mois 04 Jour 03	14h00
	Anamnèse
	P: Pallier:
	Q: Impact fonctionnel:
	R:
	S:
	T:
	U:
	Examen physique
	INSPECTION
	PALPATION
	AUSCULTATION
	Interventions
	---------- Mireille Guillemette inf.

Exemple de note au dossier

2019-09-17	14 h 30 MALAISE DOMINANT : Perte d'appétit
	P : Provoqué : ne sait pas
	P : Pallier : ne mange que quelques bouchées à chaque repas
	Q : Impact fonctionnel : trop faible pour exercices de réadapt.
	R : N/A
	S : Nausées, insomnie, se sent bizarre, a peur de perdre
	la tête. Désorientée dans l'espace par moment.
	T : Constant depuis 3 jours
	U : Gastro
	Paramètres de base : Changement de comportement et
	changement d'état mental, fluctuant.
	État mental : Attentive, alerte. Mémoire intacte, orientée 2 sphères.
	Coloration et retour capillaire normal. Saturation air ambiant 96 %,
	TA 110/80, Pls 64/min, Température R. 37,8, resp. 17/min.,
	présente des signes de déshydratation
	14 h 45 R.A.D.A.R. complété. Infirmière avisée. ——— Cathy Drolet inf.aux.

Formulaire MALAISE DOMINANT CISSSO

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Québec

OT0341

Installation : _____

N° DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

EXAMEN CLINIQUE
LORS D'UN MALAISE DOMINANT

Date: ___ /____ /____ Heure: ____ : _____

NIM : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D RCR : ☐ Oui ☐ Non Allergies :

Le résident ou l'usager a-t-il vu un médecin dans les 72 dernières heures?	☐ Oui	☐ Non	Préciser :
Y a-t-il eu un changement de médicament dans la dernière semaine ?	☐ Oui	☐ Non	Préciser :

MALAISE DOMINANT :	**Anamnèse**
Provoquer/Pallier Qu'est-ce qui entraine ou aggrave le malaise? Ce qui le soulage? Mesures palliatives.	
Qualité/Quantité Décrivez le malaise (brulement, pincement, problème de mémoire, perte d'équilibre) Impact fonctionnel, échelle de douleur.	
Région/Irradiation Dans quelle région se situe le malaise? S'étend-il ailleurs? Où?	
Signes/Symptômes associés Autres changements dans la condition du résident ou de l'usager lié au malaise.	
Temps/Intermittence Depuis quand le malaise est présent? Constant? Si intermittent : décrire le moment, la durée et la fréquence.	
Understand Perception qu'a le résident ou l'usager de son problème. Est-ce un malaise déjà connu?	

EXAMEN PHYSIQUE – Inspection et palpation

Évaluation de l'état mental **Capacité d'attention** ☐ Attentif ☐ Non attentif	**Signes de déshydratation**	**Coloration de la peau**	**Retour capillaire**
État de conscience ☐ Hyperalerte (Surréaction) ☐ Comateux ☐ Alerte (État normal) ☐ Léthargique (Réaction stimulus verbal) ☐ Stuporeux (Réaction stimulus physique) Délirium présent : ☐ Oui ☐ Non → RADAR : (Lors de l'administration de médicament) ☐ Somnolence ☐ Difficulté à suivre consignes ☐ Mouvements ralentis (3/3 = Aviser le médecin) → CAM : ☐ Positif ☐ Négatif Résultat : ____ /4 → 4AT : Résultat : _____	Langue humide : ☐ Oui ☐ Non Filet de salive sous la langue : ☐ Oui ☐ Non Test du pli cutané ☐ Sternal et frontal ☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normale ☐ Grisâtre ☐ Cyanosée ☐ Blanchâtre ☐ Autre : _____ Œdème à Godet : ☐ Non ☐ Oui ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+ ☐ MIG ☐ MID **Évaluation des extrémités :** ☐ Chaudes et sèches = Normal ☐ Froides et sèches = débit ♥↓, pas de congestion♥ ☐ Humides et chaudes = débit ♥ normal + congestion♥ ☐ Humides et froides = ÉTAT DE CHOC imminent	(Pression de 5 sec et retour en 3 sec ou moins) ☐ Normal ☐ Anormal

Nom : Prénom : # Dossier :

Signes Vitaux (Inscrire les résultats sur les formulaires appropriés)

☐ T° ___ Rectale/Buccale ☐ Glycémie____ ☐ TA _____
☐ Pouls ____ Amplitude : ☐ 1+ ☐ 2+ (normal) ☐ 3+ ☐ Régulier ☐ Irrégulier Connu : ☐ Oui ☐ Non
Respiration : ___ /min Rythme : ☐ Régulier ☐ Irrégulier Amplitude : ☐ Normale ☐ Profonde ☐ Superficielle
Tirage : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le site : _____ ☐ SpO2 ____ ☐ Air ambiant ☐ Avec O2 à ___L/Min
Réactions Pupillaire : ☐ œil droit Directe : ☐ Normale ☐ Lente ☐ Absente Consensuelle : ☐ Normale ☐ Lente ☐ Absente Diamètre : ____ mm
Pupillaire : ☐ œil gauche Directe : ☐ Normale ☐ Lente ☐ Absente Consensuelle : ☐ Normale ☐ Lente ☐ Absente Diamètre : ____ mm
☐ Échelle de Glasgow _____ / 15 (Se référer au formulaire)

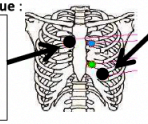
EXAMEN PHYSIQUE – Abdomen

Inspection (Symétrie, Asymétrie, Distendue, Plat) Observations : _____
A uriné dans les derniers 8 h ? ☐ Oui Quantité : _____ Qualité : _____ ☐ Non
Date dernière élimination intestinale : _____ Aspect (couleur, forme, quantité): _____
Auscultation
Bruits intestinaux : ☐ Absence (sur 5 min) ☐ Hypoactif (-4/min) ☐ Normal (4-34/min) ☐ Hyperactif (+34/min)
Palpation
Palpation superficielle : ☐ Aucune particularité ☐ Masse ☐ Douleur ☐ QID ☐ QIG ☐ QSD ☐ QSG
Palpation profonde : ☐ Aucune particularité ☐ Masse ☐ Douleur ☐ QID ☐ QIG ☐ QSD ☐ QSG
- Ressaut : ☐ Négatif ☐ Positif ☐ QID ☐ QIG ☐ QSD ☐ QSG
- Mc Burney : ☐ Négatif ☐ Positif
- Présence d'un globe vésical : ☐ Oui ☐ Non

Cardiaque

DRS : ☐ Oui ☐ Non Score douleur: _____/10 **Auscultation cardiaque** :
Dlr plus de 20 min : ☐ Oui ☐ Non
Douleur soulagée par Nitro : ☐ Oui ☐ Non ____ inhalations
Pression de la veine jugulaire :
☐ Oui Pression de la veine jugulaire à 45° ____ cm ☐ Non

Foyer aortique
☐ B1-B2 normaux
☐ Souffle
☐ Galop



Foyer mitral
☐ B1-B2 normaux
☐ Souffle
☐ Galop

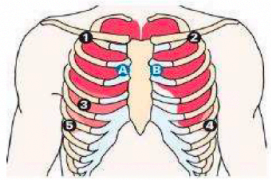
Pulmonaire

Face antérieure : Bronches et lobes supérieurs, lobe moyen et lobes inférieurs.
Wheezing : ☐ Oui ☐ Non **Toux :** ☐ Oui ☐ Non **Expectorations :** ☐ Oui ☐ Non

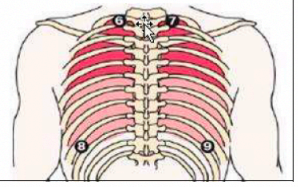
Bruits bronchiques	**Normaux**	**Ronchis**	**Sibilants**	**Autres**
A : Bronche droite	☐	☐	☐	☐
B : Bronche gauche	☐	☐	☐	☐

	MVN	**MV ↓**	**MV Absents**	**Crépitants**	**Sibilants**	**Ronchis**
1 : LSD :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 : LSG :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 : LM :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 : LIG :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 : LID :	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Face antérieure



Face postérieure



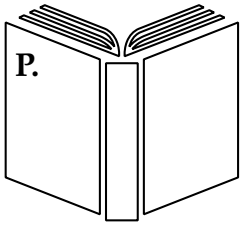
Face postérieure : Lobes supérieurs et lobes inférieurs

	MVN	**MV↓**	**MV Absents**	**Crépitants**	**Sibilants**	**Ronchis**
6 : LSG :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 : LSD :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 : LIG :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 : LID :	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Particularités : _____

Autre exemple

* le formulaire examen clinique en situation aigüe a aussi été placé au dossier



DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-24	15h20 Présente signes de délirium. Examen clinique complété. Dr Tran avisé de la présence d'un bruit
	de galop au foyer Mitral.
	15h25 Dit qu'il sera au chevet d'ici quelques minutes.

EXAMEN CLINIQUE LORS D'UNE SITUATION COMPLEXE

Date : ____ / ____ / ____

Heure : ____:____

☐ Situation aiguë

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Malaise dominant :	

ANAMNÈSE DE DÉPART — ○ Journaliste ○ Enquêteur

Provoquer / **P**allier	
Qualité / **Q**uantité	
Région / **I**rradiation	
Signes / **S**ymptômes	
Temps / **I**ntermittence	

PARAMÈTRES DE BASE

Évolution clinique du malaise dominant
- **Dans les 48 dernières heures** ○ Stable ○ Amélioration ○ Détérioration ○ Sans objet
- **Durant la dernière semaine** ○ Stable ○ Amélioration ○ Détérioration ○ Sans objet

Évolution clinique de l'état général durant la dernière semaine : ○ Stable ○ Amélioration ○ Détérioration

Difficulté respiratoire : ○ Non ○ Oui

Douleur : ○ Non ○ Oui **Gravité :** ____/10 **Localisation :** _____

Perte brusque d'autonomie (< 1 sem.) : ○ Non ○ Oui

Changement brusque de l'état mental (< 1 sem.) : ○ Non ○ Oui

Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement < 1 sem.) : ○ Non ○ Oui

EXAMEN PHYSIQUE

Inspection

Évaluation de l'état mental
- Capacité d'attention : ○ Attentif ○ Non attentif
- État de conscience : ○ Hyperalerte ○ Alerte ○ Léthargique (verbal) ○ Stuporeux (physique) ○ Comateux

Coloration de la peau : ○ Normale ○ Cyanosée ○ Blanchâtre ○ Grisâtre ○ Autre : _____

Retour capillaire (pression de 3 s d'une extrémité entre deux doigts et retour normal en 3 s) : ○ Normal ○ Diminué

Saturométrie (normale à 95 % et +, sauf indication contraire ; risque de détresse respiratoire si < 92 %) : ☐ Avec O^2 à ____ L/min = ____ % et /ou ☐ Air ambiant = ____ %

Signes vitaux : ☐ Pouls : ____/min. ☐ P.A. : ____ /____
☐ T° : ____°C (fièvre si T° buccale ou rectale ≥ 37,8 °C ou si augmentation de 1,1 °C par rapport à la T° habituelle)

Respiration :
- Fréquence : ____/min (si ≥ 25/min ≈ signe d'infection)
- Type : ○ Thoracique ○ Abdominale
- Amplitude : ○ Normale ○ Profonde ○ Superficielle
- Rythme : ○ Régulier ○ Irrégulier
- Tirage : ○ Oui ○ Non

EXAMEN CLINIQUE LORS D'UNE SITUATION COMPLEXE (suite)

Palpation et auscultation

Signes de déshydratation
- Langue humide : ○ Non ○ Oui
- Filet de salive sous la langue : ○ Non ○ Oui
- Test du pli cutané (sternal ou frontal) : ○ Normal ○ Anormal

Abdomen
- Douleur à la palpation profonde : ○ Non ○ Oui (○ QID ○ QSD ○ QSG ○ QIG)

Poumons *(ausculter au minimum les bases pulmonaires en face postérieure)*
Présence d'un bruit anormal : ○ Non ○ Oui Si possible, le nommer : ○ Sibilant ○ Crépitant
Si possible, le localiser : ○ Bronche droite ○ Bronche gauche
Face antérieure : ○ LSD ○ LSG ○ LM ○ LIG ○ LID
Face postérieure : ○ LSD ○ LSG ○ LIG ○ LID

Interventions infirmières

Décrivez les interventions effectuées jusqu'à maintenant et leur efficacité.

Médicament PRN donné : ○ Non ○ Oui Lequel : _____

Ordonnance collective : ○ Non ○ Oui Lequel : _____

Informations complémentaires

Niveau de soins : ○ 1 ○ 2 ○ 3

	Non	Oui	
Avez-vous une liste des problèmes de santé sous la main ?	○	○	
Avez-vous une liste des médicaments sous la main ?	○	○	
L'aîné a-t-il été vu par un médecin dans les 72 dernières heures ?	○	○	Préciser : _____
Y a-t-il eu un changement de médicament dans la dernière semaine ?	○	○	Préciser : _____
L'aîné a-t-il des allergies ?	○	○	Préciser : _____

Données optionnelles

Résultats de laboratoire récents et pertinents : ○ Non ○ Oui (si oui, les avoir sous la main)

Trouble du comportement : ○ Non ○ Oui Décrire : _____
Danger immédiat : ○ Oui ○ Non Signe de détresse : ○ Oui ○ Non

Glycémie : _____

Échelle de Glasgow : _____/15

Signes neurologiques : _____

Autres observations

_____

_____

_____

_____

_____

Décisions de l'infirmière : ○ Avis médical exigé ○ Attente de la prochaine visite médicale ○ Intensification de la surveillance clinique ○ Autres

Commentaires : _____

_____

_____

Signature : _____ **Date :** _____

Source : Philippe Voyer (2010). *L'examen clinique de l'aîné*. Saint-Laurent : ERPI. Reproduction autorisée.

MERCI

Au plaisir de vous revoir lors d'une prochaine formation
Mireille Guillemette inf.B.éd.
Pour

