

## Annexe B

### Établissement hospitalier – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT

Veuillez envoyer par télécopieur à \_\_\_\_\_ avant la date du rendez-vous.

NOM \_\_\_\_\_ Dr \_ Mme \_ Mlle \_ M.

Homme \_ Femme \_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

ADRESSE: \_\_\_\_\_

UNITÉ/ÉTAGE: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

MÉDECIN: \_\_\_\_\_ INFIRMIER(ÈRE) DES SOINS PRIMAIRES: \_\_\_\_\_

DÉCIDEUR SUPPLÉANT: \_\_\_\_\_

DOMICILE:( ) \_\_\_\_\_ BUREAU:( ) \_\_\_\_\_ CELLULAIRE:( ) \_\_\_\_\_

AUTRE PERSONNE-RESSOURCE: \_\_\_\_\_

DOMICILE:( ) \_\_\_\_\_ BUREAU: ( ) \_\_\_\_\_

ASSURANCE: \_ NON \_ OUI \_\_\_\_\_

PERSONNE CHARGÉE DE PAYER LE COMPTE: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

MOTIF DE LA RECOMMANDATION/VISITE: \_\_\_\_\_

**LISTE DES MÉDICAMENTS (Veuillez indiquer TOUS les médicaments, y compris les médicaments non prescrits, OU consulter la fiche des médicaments administrés.)**

**Pour les patients prenant de la warfarine (coumadine): RIN le plus récent:**

Date: \_\_\_\_\_ Lecture: \_\_\_\_\_

**ALLERGIES:** \_\_\_\_\_

### **MOBILITÉ:**

Le(la) patient(e) utilise-t-il(elle): un fauteuil roulant \_\_\_ une marchette \_\_\_

Est-il(elle) capable de s'installer dans le fauteuil dentaire:

\_\_\_ NON \_\_\_ OUI \_\_\_ avec un peu d'aide \_\_\_ avec l'aide de 2 personnes

### **ÉTAT COGNITIF/SENSORIEL:**

A toutes ses facultés mentales \_\_\_ légèrement désorienté(e) \_\_\_

moyennement désorienté(e) \_\_\_ déficience cognitive avancée \_\_\_

Malentendant(e) \_\_\_ OUI \_\_\_ NON légèrement \_\_\_ moyennement \_\_\_ profondément \_\_\_

**Veillez répondre aux questions suivantes:**

- 1. Le(la) patient(e) souffre-t-il(elle)? Oui \_\_\_ Non \_\_\_**
- 2. A-t-il(elle) une infection aiguë? Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Si oui, indiquez l'endroit de la douleur/infection, si la douleur est intermittente ou constante et depuis combien de temps elle dure.**
- 3. Quel traitement a-t-on donné pour calmer la douleur ou réduire l'infection?**