

Fiche signalétique	
No de dossier : _____ Sexe : Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Nom, Prénom : _____ DDN (année/mois/jour) : ____/____/____ Adresse : _____ _____ Téléphone : () - _____ Statut marital : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Scolarité complétée : Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> DEP <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Préciser (au besoin) : _____	Date du suivi (année/mois/jour) : ____/____/____ Type d'habitation : Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser (au besoin) : _____ Personne ressource (lien) : _____ Téléphone : () - _____ DM1 Phénotype : Précoce <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> Date du diagnostic (année/mois/jour) : ____/____/____ Nombre de répétitions CTG (analyse d'ADN la plus récente) : _____ Date de la dernière analyse moléculaire (année/mois/jour) : ____/____/____ Date de la dernière évaluation à la CMNM (année/mois/jour) : ____/____/____

Histoire médicale
Maladies actuelles autres que la DM1 : _____ _____ Antécédents et chirurgies antérieures : _____ _____ Allergies(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle (lesquelles) : _____ Médicaments sous ordonnance et autres (posologie) : <i>À domicile, procéder à une inspection visuelle de la pharmacie</i> _____ _____ Médecin de famille : _____ Téléphone : () - _____ Fréquence du suivi : _____ Autres suivis médicaux (Médecin, fréquence, raisons) _____ Pharmacie fréquentée (et coordonnées) : _____ _____

Services reçus (CLSC ou autres)
_____ _____ _____ _____



Systèmes métabolique et endocrinien (test sanguin) *Pour un premier suivi, effectuer tous les tests. Répéter aux 3 ans si les résultats sont normaux.*

Diabète : Glycémie de base à jeun.	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Au bilan de base et répéter à tous les trois ans. Référer au médecin de famille, si les résultats sont anormaux.	
Hypothyroïdie : TSH.	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Au bilan de base et répéter à tous les trois ans. Référer au médecin de famille, si les résultats sont anormaux.	
Hypogonadisme : Testostérone total, FSH, LH. <i>Uniquement pour les hommes.</i>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Au bilan de base seulement, excepté si les symptômes suggèrent de l'hypogonadisme. Référer le patient à son médecin de famille si les résultats sont anormaux.	
Dyslipidémie : Taux de lipides sanguin. (Triglycérides, Cholestérol total, LDL, HDL et Apolipoprotéine B)	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Au bilan de base et répéter à tous les trois ans. Référer au médecin de famille si les résultats sont anormaux.	
Élévation chronique AST, ALT, Bilirubine, Gamma-GT, CK.	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Au bilan de base seulement.	

Observations générales *(p. ex., calvitie, visage myopathique, voix nasillarde, audition, autre)*

Observations générales section containing 20 horizontal lines for text entry.



SYSTÈME VISUEL

Ptoses

Présence de ptoses?
Si oui, est-ce qu'elles interfèrent avec votre vision?

O N
O N

Préciser : _____
Si oui, référer à l'ophtalmologiste.

Cataractes

Avez-vous des cataractes?

O N

Si oui, fréquence du suivi avec l'optométriste ou l'ophtalmologiste : _____

Traitement chirurgical de la cataracte?

O N

Date : _____

Si aucune cataracte :

- Est-ce que votre vision est embrouillée?
- Votre vision souffre-t-elle d'éblouissement?

O N
O N

• Si oui à l'une ou aux deux questions et si le test d'acuité visuelle est inférieur à 20/50, référer à l'optométriste (si la personne conduit encore un véhicule, compléter le formulaire M28 de la SAAQ selon les recommandations de l'optométriste).

Test d'acuité visuelle

(*Rosenbaum Pocket Vision Screener*)

Résultat : _____

Normal
Anormal

Selon le cas, demander au patient de porter ses lunettes pour le test d'acuité visuelle :

- Si le patient porte des lunettes, à quel moment ont-elles été ajustées pour la dernière fois?

- La carte doit être tenue de manière à être clairement visible, à une distance de 14 pouces des yeux du patient.
- Demander de lire chacune des lignes en commençant par celle du haut (20/800).

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Insuffisance respiratoire chronique

Assistances respiratoires :

Bipap _____ Utilisation adéquate O N
O₂ _____
Autre _____

1. Ne souffre pas d'essoufflement sauf lors d'exercices ardu.
2. Un peu hors d'haleine (souffle court) en montant une petite pente.
3. Marche plus lentement que les autres sur le plat en raison de l'essoufflement, ou doit s'arrêter pour reprendre son souffle en marchant à son propre rythme.
4. Doit s'arrêter pour reprendre son souffle après environ 100 m ou après quelques minutes sur un terrain plat.
5. Trop essoufflé pour quitter la maison, ou essoufflé en s'habillant ou en se déshabillant.

Si la dyspnée est de grade 3/5 ou plus, procéder à une radiographie des poumons et à un test des fonctions respiratoires, et référer au médecin de famille du patient.



Pneumonie			
Combien d'infections pulmonaires traitées à l'aide d'antibiotiques avez-vous eu au cours des 6 derniers mois?	Nombre : _____	Si plus qu'une infection, référer au médecin traitant du patient.	_____ _____ _____
Vaccination			
Avez-vous reçu le vaccin contre l'influenza l'an dernier?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Pour tous, référence annuelle pour le vaccin contre l'influenza et enseignement sur l'importance de la vaccination.	_____ _____ _____
Avez-vous déjà reçu le vaccin Pneumovax?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin Pneumovax : _____ Une fois dans la vie le vaccin Pneumovax pour la majorité des patients; ceux avec une maladie respiratoire chronique, une asplénie ou une insuffisance rénale terminale vont nécessiter un renouvellement aux 5 ans de ce vaccin.	_____ _____ _____ _____ _____
Risques liés à l'anesthésie			
Avez-vous été informé des risques liés à une anesthésie dans la DM1?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Valider la compréhension des risques anesthésiques de la personne. Si compréhension est inadéquate, donner le guide « Risques anesthésiques ». De plus, remettre la carte d'alerte de DMC à mettre dans son porte-monnaie ou son sac à main en cas d'accident ou d'urgence. Remettre le feuillet d'information pour les professionnels au patient.	_____ _____ _____ _____ _____
Apnée du sommeil : <i>Cette section est en cours d'élaboration. Si oui, prendre en note les symptômes, fréquence, intensité, etc.</i>	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		_____ _____ _____ _____ _____



SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

Troubles de la conduction et arythmie

Avez-vous un cardiostimulateur (Pacemaker)?

O N

Si oui, année d'implantation : _____
 • S'assurer que le patient porteur d'un cardiostimulateur soit suivi régulièrement à tous les 6 mois.

Si pas de cardiostimulateur :

Avez-vous une histoire familiale de mort subite d'origine cardiaque?

O N

Si oui, procéder à un ECG et un Holter. Référer à un cardiologue selon les résultats obtenus.

ECG :

• Date du dernier ECG

Référer à un cardiologue en présence des situations suivantes :

• Résultat du dernier ECG

Normal

Anormal

1. Fibrillation auriculaire (vérifier la prise d'anticoagulants)
2. Bloc AV du 2^e ou du 3^e degré
3. Rythme jonctionnel
4. Intervalle PR >200 msec
5. Intervalle QRS >105ms
6. Bloc de branche droit avec hémi-bloc, en particulier si associé avec un bloc AV
7. Bradycardie sinusale symptomatique
8. Évanouissement ou perte de conscience inexplicquée

Au cours de la dernière année, avez-vous souffert :

• Perte de conscience

O N

• Dyspnée

O N

• Orthopnée

O N

• Œdème des membres inférieurs

O N

• Palpitations

O N

• Étourdissements

O N

• Lipothymie

O N

Noter la fréquence de chaque symptôme :

Hyper ou hypotension

Signes vitaux :

• Pulsation cardiaque (pouls, batt/min)

Procéder à un Holter et référer à un cardiologue si symptômes de bradycardie sinusale :

• Rythme cardiaque

Régulier

Irrégulier

1. Si des malaises inexplicqués ou perte de conscience, procéder à un ECG et référer à un cardiologue.
2. Si signes ou symptômes d'insuffisance cardiaque (dyspnée, orthopnée, oedème des membres inférieurs), procéder à un rayon-x pulmonaire, un échocardiogramme, et référer à un cardiologue si les tests sont anormaux.
3. Si palpitation, procéder à un ECG et à un Holter, et référer à un cardiologue si les tests sont anormaux.



<p>• Tension artérielle (hyper ou hypotension)</p>	<p>/ mmHg</p>	<p>Hypotension 1-Si hypotension : vérifier la TA aux deux bras et revoir la symptomatologie cardiaque. 2-Si présence de symptômes en 1, vérifier la TA couchée, assise et debout 1-3-5 min. 3-Si hypotension orthostatique documentée en 2, référer la personne à son médecin de famille pour une prise en charge. Porter une attention particulière aux risques de chute.</p> <p>Hypertension 1-Si hypertension : reprendre la TA avant la fin de l'évaluation. 2-Si hypertension confirmée $\geq 140/90$., référer au SAD du CLSC pour une évaluation de la TA. Faire un suivi avec SAD pour une éventuelle référence au médecin de famille si HTA toujours présente.</p>	
--	-------------------	---	--

SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

Données biométriques				
<p>Taille _____</p> <p>Poids actuel (lbs ou kg) _____</p> <p>Mesuré <input type="checkbox"/></p> <p>Rapporté par le client <input type="checkbox"/></p> <p>Poids au dernier suivi (lbs ou kg) _____</p> <p>Mesure du tour de taille (cm) _____</p>	<p>_____ lbs</p> <p>_____ kg</p> <p>_____ lbs</p> <p>_____ kg</p> <p>_____ cm</p>	<p>Perte de poids >5% depuis la dernière année? • Y a-t-il une raison pour laquelle vous avez perdu du poids cette année?</p> <p>Gain de poids >5% depuis la dernière année? • Y a-t-il une raison pour laquelle vous avez pris du poids cette année?</p> <p>• Homme: si >102 cm, référer au nutritionniste. • Femme: si >88 cm, référer au nutritionniste.</p>	<p>O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>Si oui, préciser : _____</p> <p>Si non, compléter le questionnaire sur le déficit nutritionnel et si déficit, procurer de l'information ou référer au nutritionniste.</p> <p>Si oui, préciser : _____</p> <p>Si non, procurer de l'information ou référer au nutritionniste.</p>
Nutrition				
<p>Combien de repas prenez-vous chaque jour?</p> <p>Avez-vous une diète particulière?</p> <p>Diète équilibrée? (selon le jugement clinique, noter la qualité sur une échelle de 1 à 5)</p> <p>Avez-vous de la difficulté à manipuler vos ustensiles?</p> <p>Avez-vous des difficultés à préparer vos repas?</p>	<p>O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>Si nécessaire, procurer de l'information en se basant sur le Guide alimentaire canadien. Si oui, procurer de l'information ou remettre la documentation pertinente.</p> <p>5 représente une diète très équilibrée.</p> <p>Si oui, référer au CLSC ou en ergothérapie pour des adaptations.</p>		



Santé buccodentaire			
Prothèses dentaires? • Si oui, âge des prothèses :	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
À quelle fréquence vous brossez-vous les dents?		Si moins d'une fois par jour, procéder à de l'éducation.	
À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste/denturologiste?		Si la dernière visite est antérieure à la dernière année ou face à un problème particulier, procéder à une référence.	
Douleur abdominale			
Avez-vous des douleurs à l'abdomen? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui et si la fréquence est >1 fois/semaine, et que la douleur interfère avec la réalisation des AVQ, procéder à l'enseignement sur l'alimentation et référer au médecin de famille du patient.	
Constipation/diarrhée			
Souffrez-vous de constipation? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si la fréquence est >1 fois/semaine, procéder à l'enseignement sur l'alimentation et référer au médecin de famille du patient.	
Souffrez-vous de diarrhée? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si la fréquence est >1 fois/semaine, procéder à l'enseignement sur les techniques d'hygiène personnelle et l'alimentation, et référer au médecin de famille du patient.	
Incontinence fécale et urinaire			
Souffrez-vous d'incontinence fécale? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, procéder à l'enseignement sur les techniques d'hygiène personnelle. Si la fréquence est >1 fois/mois, référer au médecin de famille du patient.	
Présentez-vous des urgences mictionnelles? • Si oui, est-ce que cela vous incommode au point à songer à prendre une médication?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, référer au médecin de famille du patient.	
Souffrez-vous d'incontinence urinaire? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, procéder à l'enseignement sur les techniques d'hygiène personnelle. Si la fréquence est >1 fois/mois, référer au médecin de famille du patient.	
Dysphagie			
Pendant la dernière semaine, vous êtes-vous étouffé ou avez-vous toussé pendant que vous mangiez ou buviez des aliments solides ou liquides?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui à la question et si le test de déglutition est : • anormal , enseignement de la manoeuvre de Heimlich et référer au nutritionniste. • normal , enseignement de la manoeuvre de Heimlich. Remettre la feuille sur la manoeuvre de Heimlich	En cas de doute, compléter le questionnaire Évaluation de la dysphagie.
Test de déglutition : 90ml (3 oz) d'eau froide : • Est-ce que le patient s'est étouffé durant la première minute du test de déglutition?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	O = anormal.	
Gastroparésie			
Souffrez-vous de nausée? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si la réponse est oui à l'une ou l'autre des questions et si la fréquence est >1 fois/semaine, référer au médecin de famille du patient.	
Souffrez-vous de vomissements? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Votre satiété est-elle atteinte rapidement? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, pourquoi? _____	



Reflux gastro-oesophagien		
Souffrez-vous de brûlures d'estomac? • Si oui, à quelle fréquence?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui et si la fréquence est >1 fois/semaine, procéder à l'enseignement sur la modification des habitudes de vie (p. ex., éviter de consommer des aliments avant de se mettre au lit, consommation d'alcool ou de tabac) et sur l'élévation de la tête du lit. Si ces mesures sont inefficaces, référer au médecin de famille du patient.

SYSTÈME MUSCULAIRE

Aides techniques		
Mobilité : Orthèses tibiales G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Type d'orthèses : _____	Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/>
Canne <input type="checkbox"/>	_____	Fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/>
Quadripode <input type="checkbox"/>	_____	Tri ou quadriporteur <input type="checkbox"/>
Déambulateur <input type="checkbox"/>	_____	Autre <input type="checkbox"/>
Marchette <input type="checkbox"/>	_____	
Utilisation du fauteuil roulant :		
• Avez-vous de la difficulté à propulser votre fauteuil roulant sur de longues distances? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Si oui, référer à l'ergothérapeute pour un FR motorisé.
• Année de la dernière réparation ou de l'entretien _____		Référer aux services appropriés pour l'entretien annuel.
Transferts		
Avez-vous de la difficulté à vous relever de la toilette?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui à une des questions, référer à l'ergothérapeute pour les aides techniques.
Avez-vous de la difficulté à entrer et sortir du bain?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si non, procéder à une évaluation visuelle en cas de doute.
Marche		
Est-ce que vous pouvez marcher sur de courtes distances?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si la réponse est non et qu'un besoin est exprimé, faire une demande de vignette de stationnement au besoin.
Est-ce que vous pouvez marcher de longues distances (400 m) sur un terrain plat et uni?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si la réponse est non et qu'un besoin est exprimé, faire une référence au service de transport adapté.
Au cours du dernier mois, avez-vous trébuché ou tombé? • Si oui, combien de fois?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si plus d'une chute par mois : a) Utiliser le Standing test pour évaluer la pertinence d'assistances techniques à la marche. b) Évaluer les risques de chutes à domicile (environnement physique). c) Si la personne utilise déjà un accessoire à la marche autre qu'un fauteuil roulant, explorer si le patient est prêt à recevoir de l'information à propos de l'utilisation d'un fauteuil roulant et si oui, référer au physiothérapeute.
Standing test : Se tenir sur la jambe préférée le plus longtemps possible, sans support (chronométrer le temps écoulé).	_____	Si le patient est incapable de tenir au moins 5 secondes, référer en physiothérapie.



Myotonie			
Est-ce que la myotonie vous incommode dans la réalisation de vos activités quotidiennes?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
• Si oui, est-ce que cela vous incommode au point à songer à prendre une médication?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, référer à un neurologue.	

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Somnolence diurne excessive			
Décrivez vos habitudes de sommeil (heure du coucher, heure du lever, fréquence, horaire et durée des siestes de la journée).		Si interférence avec la nutrition, les loisirs ou autres activités de la vie quotidienne, procéder à un counseling sur les changements de comportements et éducation comme p. ex., tenir un journal de sommeil.	
1-Faites-vous des siestes pendant la journée?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
2-Si oui, est-ce que cela dérange vos activités de tous les jours?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui aux questions 2 et 3, référer au neurologue pour évaluer la pertinence d'une polysomnographie nocturne et d'un traitement spécifique.	
Médication :			
3-Si aucune médication, est-ce suffisamment dérangeant pour songer à prendre une médication?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
4-Si psychostimulant (p. ex., Ritalin, Dexédrine), est-ce efficace?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si non ou peu, à discuter avec le neurologue.	

Fatigue			
Est-ce que vous éprouvez de la fatigue à tous les jours?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<i>Préciser</i> _____	
Est-ce que la fatigue nuit à votre capacité d'exécuter certaines tâches et responsabilités?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
• Si oui, est-ce suffisamment dérangeant pour penser prendre une médication?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, référer au neurologue.	

Dépression			
<i>Humeur dépressive</i> : Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent senti abattu, déprimé ou désespéré?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui à l'une ou à l'autre des questions, référer aux ressources et au médecin de famille du patient, ET :	
<i>Anhédonie</i> : Au cours du dernier mois, avez-vous souvent ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	• Évaluer la présence d'idéations suicidaires afin d'évaluer l'urgence suicidaire :	Documenter le niveau d'urgence COQ (Comment, Où, Quand)
		❖ Pensez-vous au suicide ou à vous tuer? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
		❖ Si oui, urgence Faible <input type="checkbox"/> Niveau _____	
		Moyenne <input type="checkbox"/> Niveau _____	
		Élevée <input type="checkbox"/> Niveau _____	
		Référer au médecin de famille avec plus ou moins d'urgence selon la présence ou non d'idéations suicidaires.	
		Selon la disponibilité de ce service au sein d'une clinique des maladies neuromusculaires, référer au psychologue/neuropsychologue afin d'initier l'évaluation des symptômes comme la fatigue, l'agitation, un sentiment	



		de culpabilité, des difficultés de concentration, ainsi que des changements dans les habitudes de sommeil ou l'appétit, dans le but de confirmer l'impression diagnostique de dépression.	
--	--	---	--

SYSTÈME REPRODUCTEUR

Activités sexuelles			
Êtes-vous actif sexuellement?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
• Si actif, utilisez-vous une protection contre les MTS lors de vos relations sexuelles?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si non, procurer de l'information sur les risques de transmission de maladies sexuelles.	
Sexualité chez l'homme			
Quand vous êtes stimulés sexuellement, éprouvez-vous des problèmes d'érection?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Si oui, est-ce que cela vous incommode?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
• Si oui, est-ce que cela vous incommode au point de songer à prendre une médication?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, référer au médecin de famille du patient.	
Sexualité chez la femme			
Avez-vous subi une hystérectomie?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
• Si non, souffrez-vous de problèmes menstruels?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
• Si oui, est-ce que cela vous incommode dans vos activités quotidiennes?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, référer au médecin de famille du patient.	

FACTEURS DE RISQUE

Génétique			
Histoire familiale			
Vérifier l'arbre généalogique avant votre visite et compléter les nouvelles informations après votre visite.			
Risques pour les enfants & Planning familial <i>si entre 18 et 45 ans</i>			
Avez-vous des enfants?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Si oui, combien d'enfants vivants avez-vous?	_____	Si un ou plusieurs enfants âgés de moins de 18 ans, vérifier la connaissance des parents à propos de l'hérédité.	
Si vous avez des enfants de 18 ans et plus, ont-ils effectué un dépistage génétique?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si non, informer chacun des enfants à propos de : a) Risques potentiels; b) Référence possible en conseil génétique; c) Son propre rôle comme agent d'information pour les autres membres de la famille.	
Si vous avez des enfants de moins de 18 ans, ont-ils des symptôme(s)?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Voulez-vous des enfants ou d'autres enfants?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si non, vérifier la contraception. Si oui, vérifier les connaissances à propos de l'hérédité et référer en conseil génétique au besoin.	



Risques pour les autres membres de la famille		
Combien de frères ou de sœurs vivants avez-vous?	_____	
Si un ou plus sont vivants, ont-ils effectué un dépistage génétique à votre connaissance?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si non, informer le patient à propos de : <ul style="list-style-type: none"> • Son propre rôle comme agent d'information pour les autres membres de la famille. • Risques potentiels pour les autres membres de la famille. • Référence possible en conseil génétique pour les autres membres de la famille.
Tabagisme		
Est-ce que vous fumez?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Si oui : <ul style="list-style-type: none"> • Consommation quotidienne : • Essai antérieur d'abandon du tabac? • Stade de changement? 	_____ nombre/jr O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1-Pré-réflexion <input type="checkbox"/> (pas d'arrêt envisagé) 2-Réflexion <input type="checkbox"/> (d'ici 6 mois) 3-Préparation <input type="checkbox"/> (d'ici 30 jours) 4-Action <input type="checkbox"/> (arrêt depuis moins de 6 mois) 5-Maintien <input type="checkbox"/> (arrêt depuis plus de 6 mois)	Si stade 2 ou 3, demander s'il désire avoir de l'aide? <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide Dans les deux cas, procéder à une intervention brève en cessation tabagique. <u>Enseignement :</u> 1. Présenter les conditions gagnantes. 2. Offrir un choix de documentation. 1. Déterminer les motivations à cesser de fumer. 2. Conseiller selon l'étape de changement. 3. Informer ou prescrire pour une aide pharmacologique. 4. Référer au Centre d'abandon du tabagisme (CAT) s'il désire de l'aide.
Est-ce qu'il y a quelqu'un dans votre maison qui fume?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, procéder à de l'éducation sur les effets de la fumée secondaire. Remettre la documentation sur la fumée secondaire.
Consommation d'alcool		
Est-ce que vous consommez de l'alcool? • Si oui, combien de consommations prenez-vous généralement à chaque semaine?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> _____	Pour un homme, si plus de 14 consommations/semaine, procédez à de l'éducation (feuillet d'information) et au questionnaire CAGE. Pour une femme, si plus de 9 consommations/semaine, procédez à de l'éducation (feuillet d'information) et au questionnaire CAGE.



Questionnaire CAGE		_____ /4	Chacun item donne un score de 0 (N) ou 1 (O). Si la personne obtient un score de 2 ou plus, procéder à une référence à son médecin de famille.	
1. Avez-vous déjà senti le besoin de DIMINUER votre consommation d'alcool?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
2. Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
4. Avez-vous déjà eu besoin d' ALCOOL le matin pour vous sentir en forme?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Drogues				
Est-ce que vous consommez des drogues? • Si oui, faire l'inventaire :	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Fréquence : _____ Fréquence : _____ Fréquence : _____ Fréquence : _____ Fréquence : _____ Discuter des effets possibles en fonction de l'état de santé de la personne et de sa consommation de médicaments	

PARTICIPATION SOCIALE

Soins personnels				
Est-ce que vous avez de la difficulté à prendre votre bain ou votre douche?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Si oui, documenter la(les) cause(s) et procéder à une référence en ergothérapie ou aux services d'aide au bain.	
À quelle fréquence prenez-vous votre bain ou votre douche?	_____		Si moins d'une fois par semaine, procéder à de l'information ou effectuez une référence aux services d'aide au bain.	
Est-ce que vous avez de la difficulté à vous habiller?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Si oui, procéder à de l'éducation, ou à une référence en travail social ou en ergothérapie.	
Habitation				
Entretien du domicile Inspection visuelle				
Est-ce que vous avez de la difficulté à faire l'entretien de votre domicile?	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Entretien du domicile : Acceptable (propre) <input type="checkbox"/> Mal entretenu mais acceptable <input type="checkbox"/> Non hygiénique <input type="checkbox"/> Insalubre <input type="checkbox"/>			Si présence de difficultés ou si le logis est non hygiénique ou insalubre, procéder à une référence au service de maintien à domicile du CLSC.	
Adaptations				
Adaptation au bain : _____				Si la maison et ou le véhicule nécessitent des modifications ou l'entretien de matériel adapté, référer à l'ergothérapeute du CLSC : _____
Adaptation à la toilette : _____				
Accès au domicile : _____				



Adaptation du domicile _____		
Adaptation au véhicule : _____		
Adaptation dans la chambre : _____		
Adaptations spécialisées ou autres : _____		
Déplacement		
Conduite automobile et transport		
<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous avez un permis de conduire? • Conduisez-vous présentement? • Possédez-vous une vignette de stationnement? Utilisez-vous le transport adapté? 	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Référence au médecin de famille si les capacités reliées à la conduite automobile semblent compromises (p. ex., somnolence diurne, faiblesse musculaire, myotonie, vision ou diminution des fonctions exécutives). _____ _____
Faire les courses		
Avez-vous de la difficulté à effectuer vos courses?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, référer au CLSC ou en ergothérapie.
Travail		
Est-ce que vous travaillez actuellement? Sinon, avez-vous déjà travaillé? <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, avez-vous de la difficulté à effectuer les tâches reliées à votre emploi? • Si non, avez-vous fait une demande de prestation d'invalidité? • Si non, aimeriez-vous avoir un emploi? 	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	_____ _____ Si oui, référer aux ressources locales en emploi. _____ Si oui, référer à SEMO. Si non, donner des informations sur la démarche à suivre afin d'obtenir la prestation d'invalidité.
Loisirs		
Avez-vous des activités ou des loisirs? • Si oui, à quelle fréquence? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> _____	Si non, discuter des raisons possibles (fatigue, manque d'initiative, transport, moyen financier) et procéder à une référence aux services disponibles dans votre communauté.
Conditions corporelles		
Faites-vous de l'activité physique (sur une période de 30 min. à la fréquence de 3 fois/sem. d'intensité légère à modérée)?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez la nature, la fréquence et l'intensité de l'activité : _____ _____ _____ Si non, faire un enseignement sur les bénéfices potentiels de l'exercice physique et remettre le document : «Devenir et rester un adulte actif».



Revenu et mesures fiscales		
Quelle est votre principale source de revenu? Est-ce que vous éprouvez des difficultés financières?	<input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	_____ Si oui, donner de l'information sur les ressources d'aide budgétaire ou faire une référence en travail social.
Recevez-vous : • crédits d'impôts? • surplus pour personnes handicapées?	<input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si non, vérifier les critères d'éligibilité. Si non, vérifier les critères d'éligibilité.
Environnement familial et social <i>Ces questions ont pour but d'identifier la solitude sociale</i>		
• Combien de membres de votre famille demeurent avec vous ou près de chez vous? • Avez-vous des amis? • Êtes-vous satisfait de votre vie sociale? • Considérez-vous que votre famille ou votre cercle social vous offre un soutien adéquat? • Êtes-vous membre d'un groupe de soutien dans votre communauté? (Donner des exemples comme DMC)	_____ <input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si une des réponses suggère la présence de solitude sociale, explorer la situation avec le patient. Si la réponse est non, offrir des informations sur les groupes de soutien de votre communauté.
Négligence parentale <i>Observations et jugement clinique</i>		
Durand le processus d'évaluation, demeurez alerte aux indications qui peuvent suggérer une négligence parentale ou une relation difficile entre les parents et l'enfant. Si un doute se pose, procéder à une référence en travail social ou au service de protection de la jeunesse.		
_____ _____ _____ _____ _____		

Conclusion
Est-ce que vous avez d'autres besoins que nous n'avons pas discutés et dont vous aimeriez me parler?
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



