

# Soins préventifs – Fiche de contrôle®

## Pour l'évaluation routinière de l'état de santé de l'homme à risque moyen



Élaboré par: Dre. V. Dubey, Dr. R. Mathew, Dr. K. Iglar  
 Revu par: Dre. A. Zaltman, Dr. K. Iglar, Dre. V. Dubey

**Veillez prendre note:**

**Caractères gras** = Preuves de bonne qualité (selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventives)  
*Italique* = Preuves passables (selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventives)  
 Texte régulier = lignes directrices d'autres sources canadiennes

(Voir l'endos pour références et le texte encadré pour explications)

Nom:

Sexe:

DDN:

Âge:

Carte santé:

Tél:

Adresse:

Date:

| <p><b>Préoccupations actuelles</b></p>   |   | <p><b>Mode de vie/Habitudes</b></p> <p>Diète: <i>Gras/Cholestérol</i><br/>         Fibres<br/> <i>Calcium</i><br/>         Sodium</p> <p>Exercice:<br/>         Travail/Éducation:<br/>         Pauvreté:<br/>         Famille:<br/>         Relations:</p> <p>Tabagisme:<br/>         Alcool:<br/>         Drogues:<br/> <i>Histoire de la Sexualité:</i><br/>         Planification Familiale/Contraception:<br/>         Sommeil:</p> |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
|--|---|--|---|-----------|------------|--------------------------|--|-----|--------------------------|--|-------|--------------------------|--|-----|--------------------------|--|-----|--------------------------|--|--------------------|--------------------------|--|---|--|--|--------|-----------|-------------|--------------------------|--|--------|--------------------------|--|----------|--------------------------|--|----------------|--------------------------|--|---------------------|--------------------------|--|
| <p><b>Revue fonctionnelle des systèmes</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Normal</th> <th>Remarques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TÊTE ORLO:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CV:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resp:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GI:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GU:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fonction Sexuelle:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |   |  | Normal  | Remarques | TÊTE ORLO: | <input type="checkbox"/> |  | CV: | <input type="checkbox"/> |  | Resp: | <input type="checkbox"/> |  | GI: | <input type="checkbox"/> |  | GU: | <input type="checkbox"/> |  | Fonction Sexuelle: | <input type="checkbox"/> |  | <p><b>Mise à jour du profil cumulatif de la patiente</b></p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents familiaux      <input type="checkbox"/> Médicaments<br/> <input type="checkbox"/> Hospitalisations/Chirurgies      <input type="checkbox"/> Allergies</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Normal</th> <th>Remarques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Musc-squel:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neuro:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dermato:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Santé Mentale:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Symptômes Généraux:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |  |  | Normal | Remarques | Musc-squel: | <input type="checkbox"/> |  | Neuro: | <input type="checkbox"/> |  | Dermato: | <input type="checkbox"/> |  | Santé Mentale: | <input type="checkbox"/> |  | Symptômes Généraux: | <input type="checkbox"/> |  |
|  | Normal  | Remarques  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| TÊTE ORLO:   | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| CV:  | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| Resp:  | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| GI:  | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| GU:  | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| Fonction Sexuelle:   | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
|  | Normal  | Remarques  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| Musc-squel:  | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| Neuro:   | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| Dermato:   | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| Santé Mentale:   | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| Symptômes Généraux:  | <input type="checkbox"/>  |  |   |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |
| <p>Education/<br/>Conseils</p> <p>Pour la population générale à moins d'indication contraire</p>   | <p><b>Comportement</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>habitudes alimentaires</i><br/> <input type="checkbox"/> <i>conseils diététiques sur le gras/cholestérol (30-69 ans)</i><br/> <input type="checkbox"/> apport calcique adéquat (1000 à 1200 mg/jour)<br/> <input type="checkbox"/> apport adéquat de vitamine D (400-2000 IU/jour)<br/> <input type="checkbox"/> <i>activité physique modérée régulière</i><br/> <input type="checkbox"/> <i>éviter l'exposition au soleil, utiliser des vêtements de protection</i><br/> <input type="checkbox"/> <i>rapports sexuels protégés/information concernant ITS</i></p> <p><b>L'Embonpoint (IMC 25-29) ou L'obésité (IMC 30-39)</b>      <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> interventions comportementaux pour amaigrissement<br/> <input type="checkbox"/> dépistage de la maladie mentale si obèse<br/> <input type="checkbox"/> prise en charge multidisciplinaire</p> <p><b>Tabagisme</b>      <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <b>cessation du tabagisme</b><br/> <input type="checkbox"/> <b>substitution de la nicotine/d'autres drogues</b><br/> <input type="checkbox"/> <i>conseils diététiques sur la consommation de fruits et de légumes verts feuillus</i><br/> <input type="checkbox"/> <i>orientation vers un programme validé de cessation du tabagisme</i></p> |  | <p><b>Alcool</b>      <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <i>dépistage de l'abus d'alcool</i><br/> <input type="checkbox"/> <i>conseils pour diminuer l'abus d'alcool</i></p> <p><b>Personne âgée</b>      <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <b>évaluation des chutes</b><br/>         (si antécédents de chutes)</p> <p><b>Hygiène bucco-dentaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>brossage des dents/soie dentaire</b><br/> <input type="checkbox"/> <b>fluorure (dentifrice/supplément)</b><br/> <input type="checkbox"/> <i>détartrage des dents et prophylaxie</i><br/> <input type="checkbox"/> <b>cessation du tabagisme</b></p> <p><b>Sécurité personnelle</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>protection de l'audition</b><br/> <input type="checkbox"/> <b>programmes de contrôle anti-bruit</b><br/> <input type="checkbox"/> <i>ceintures de sécurité</i></p> <p><b>Parents avec enfants</b>      <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> <i>la prévention anti-poison</i><br/> <input type="checkbox"/> <i>détecteurs de fumée</i><br/> <input type="checkbox"/> <i>vêtements de nuit ininflammables</i><br/> <input type="checkbox"/> <i>réglage du thermostat du réservoir d'eau chaude (&lt;54°C)</i></p> |           |            |                          |  |     |                          |  |       |                          |  |     |                          |  |     |                          |  |                    |                          |  |   |  |  |        |           |             |                          |  |        |                          |  |          |                          |  |                |                          |  |                     |                          |  |

**Avertissement:** Ce formulaire est un guide pour l'examen médical périodique de l'adulte. La dernière mise remonte à Juin 2018. Les recommandations s'appliquent aux adultes à risques moyen.

Endorsed by:



**Veillez prendre note:**

**Caractères gras** = Preuves de bonne qualité (selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventives)  
*Italique* = Preuves passables (selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventives)  
 Texte régulier = lignes directrices d'autres sources canadiennes



Nom:

**Examen physique**

Frottis:            TA:            Taille:            Poids:            IMC:

| Âge                 | ≤ 64 years  | ≥ 65 ans   |
|---------------------|---|--|
| Labo/Investigations | <input type="checkbox"/> <i>Hemocultt multiphase</i> q2 ans (âge ≥50)<br>OU <input type="checkbox"/> <i>Sigmoïdoscopie</i><br><input type="checkbox"/> <b>Dépistage de la gonorrhée/du <i>Chlamydia</i>/et de la Syphilis/VIH/VHB/VHC</b> (haute risque)<br><input type="checkbox"/> Lipidogramme à jeun q1-5 ans (≥40 ans ou avant si à risque)<br><input type="checkbox"/> <i>Glycémie à jeun ou A1C, si risque de diabète élevé</i><br><input type="checkbox"/> <i>Densité minérale osseuse si à risque</i><br><input type="checkbox"/> <i>Tomodensitométrie (TDM) à faible dose (âgés de 55-74 ans possédant des antécédents de tabagisme d'au moins 30 paquets-années qui fument à l'heure actuelle ou ont arrêté de fumer il y a moins de 15 ans (un maximum de 3 années consécutives))</i> | <input type="checkbox"/> <b>Hemocultt multiphase q2 ans</b> (jusqu'à 74 ans)<br>OU <input type="checkbox"/> <b>Sigmoïdoscopie</b><br><input type="checkbox"/> <i>Audioscopie (ou s'informer/test de la voix chuchotée)</i><br><input type="checkbox"/> Lipidogramme à jeun q1-5 ans (≤75 ans)<br><input type="checkbox"/> <i>Glycémie à jeun ou A1C</i><br><input type="checkbox"/> <i>Densité minérale osseuse</i> (réévaluer le risque dans 1-3 ans en cas de risque modéré, dans 5 ans si faible risque)<br><input type="checkbox"/> <i>Tomodensitométrie (TDM) à faible dose (âgés de 55-74 ans possédant des antécédents de tabagisme d'au moins 30 paquets-années qui fument à l'heure actuelle ou ont arrêté de fumer il y a moins de 15 ans (un maximum de 3 années consécutives))</i><br><input type="checkbox"/> Dépistage ponctuel pour l'AAA (échographie une fois de 65 à 80 ans) |
| Immunisations       | <input type="checkbox"/> <b>Vaccin antitétanique q10 ans</b><br><input type="checkbox"/> <b>Vaccin contre l'influenza q1 an</b><br><input type="checkbox"/> Vaccin contre le méningocoque<br><input type="checkbox"/> Vaccin acellulaire contre coqueluche<br><input type="checkbox"/> Vaccin recombinant contre le zona (≥50 ans)<br><input type="checkbox"/> <i>Vaccin contre la varicelle (2 doses)</i><br><input type="checkbox"/> <i>Vaccin contre la rubéole/rugéole/oreillons</i><br><input type="checkbox"/> Vaccin contre le virus du papillome humain (≤26 ans ou homosexuel)   | <input type="checkbox"/> <b>Vaccin antitétanique q10 ans</b><br><input type="checkbox"/> <b>Vaccin contre l'influenza q1 an</b><br><input type="checkbox"/> Vaccin antipneumococcique<br><input type="checkbox"/> Vaccin acellulaire contre coqueluche<br><input type="checkbox"/> Vaccin recombinant contre le zona<br><input type="checkbox"/> <i>Vaccin contre la varicelle (2 doses)</i>   |

**Évaluations et Plans:**

Date:

Signature:

Références: Voir la fiche explication de références et les recommandations.