

M-SCPD- 04

Examen physique pour évaluation des SCPD

DX : _____

Examen(s) spécifiques requis : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de l'examen : ____ / ____ / ____

SIGNES VITAUX

T°: _____ °C Rectale Buccale

(T° si changement dans l'état de conscience et/ou changement de comportement et/ou perte d'autonomie récente)

Respiration : _____ /min

Saturation : _____ % AA Avec O₂ ____ L/min

Pouls : _____ /min Régulier Irrégulier

P. artérielle : _____ / _____

Poids : _____ kg Stable depuis 3 mois : Oui Non Si non, préciser : ____ kg Date : ____ / ____ / ____

Évaluation des problèmes de santé

Perte d'autonomie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Changement de comportements :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Modification de l'état mental :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Difficulté respiratoire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>
Toux :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ?
Douleur :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser le site : Douleur ____ /10 N/A <input type="checkbox"/>
Fatigue :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ?
Perte d'appétit :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ?
Signes de problèmes digestifs :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Signes de problèmes éliminatoires :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Isolement social :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ?

EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

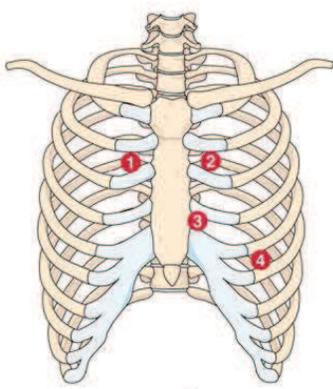
Capacité d'attention :	Attentif <input type="checkbox"/> Inattentif <input type="checkbox"/>
État de conscience :	Alerte <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Léthargique (verbal) <input type="checkbox"/> Stuporeux (physique) <input type="checkbox"/> Comateux <input type="checkbox"/>
Problème(s) perceptuel(s) :	Illusion(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : Hallucination(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifier :
Idée(s) délirante(s) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Orientation spatio-temporelle :	Orienté(e) <input type="checkbox"/> Désorienté(e) <input type="checkbox"/> Si désorienté(e), préciser :

Signes de dépression :	Préciser :	Échelle de dépression : score :
Signes d'insomnie :	Préciser :	
Signes de délirium :	Préciser :	CAM : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>
MEEM :	Total : ____ /30	
Cohen-Mansfield :	Score :	
NPI Cummings :	Comportement :	Gravité :
Autres signes :	Préciser :	

EXAMEN CARDIAQUE

Sans objet

(Minimum requis : foyers aortique et mitral)

Auscultation :	❶ Foyer aortique <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle	❸ Foyer tricuspideen <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle	
	❷ Foyer pulmonaire <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle	❹ Foyer mitral <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Bruits de galop <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4	
Si HTO :	T/A (couchée) : ___ / ___ T/A (assis) : ___ / ___		
Œdème des MI :	MID : Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/>	MIG : Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/>	
DRS durant le dernier mois :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, fréquence :	<p>❶ Foyer aortique ❸ Foyer tricuspideen ❷ Foyer pulmonaire ❹ Foyer mitral</p>	

EXAMEN PULMONAIRE

Sans objet

(Minimum requis : Les lobes inférieurs faces antérieure et postérieure)

Auscultation

FACE ANTÉRIEURE : Bronches et lobes supérieurs, lobe moyen et lobes inférieurs

Bruits bronchiques (Rapport de 1:1)

	Normaux	Ronchi	Sibilants
A Bronche droite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Bronche gauche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

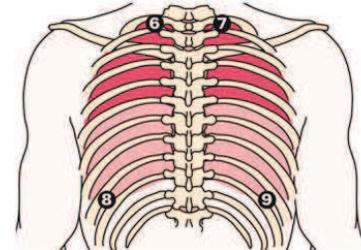
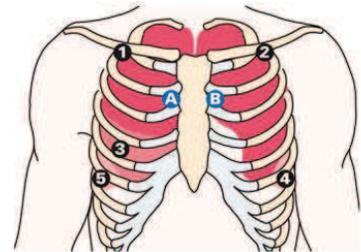
Murmures vésiculaires (Rapport de 3:1)

	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
❶ LSD :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❷ LSG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❸ LM :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❹ LIG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❺ LID :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

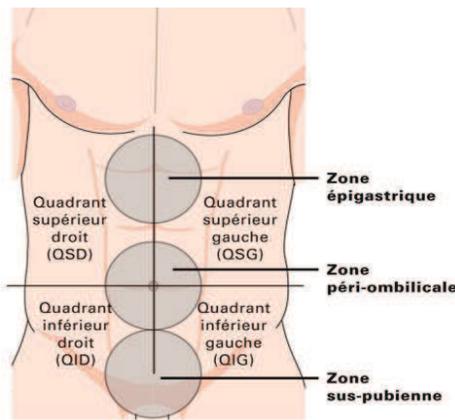
FACE POSTÉRIEURE : Lobes supérieurs et lobes inférieurs

Murmures vésiculaires (Rapport de 3:1)

	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
❻ LSG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❼ LSD :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❸ LID :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❹ LIG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

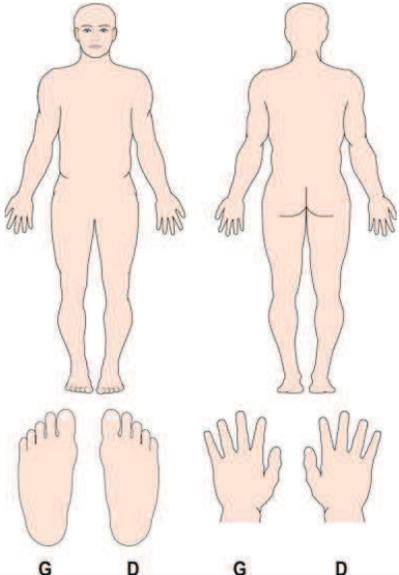


EXAMEN ABDOMINAL
(Minimum requis : Examen de la langue et palpation profonde)

Déshydratation :	→ Langue sèche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	→ Absence de salive Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	→ Peau sèche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	→ Turgor sternal Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>	
	→ Turgor frontal Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>	
Auscultation (péristaltisme) :	QID : Normal <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/>	
	QSD : Normal <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/>	
	QIG : Normal <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/>	
	QSG : Normal <input type="checkbox"/> Hypoactif <input type="checkbox"/> Hyperactif <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/>	
Percussion :	QID : Matité <input type="checkbox"/> Tympanisme <input type="checkbox"/>	
	QSD : Matité <input type="checkbox"/> Tympanisme <input type="checkbox"/>	
	QIG : Matité <input type="checkbox"/> Tympanisme <input type="checkbox"/>	
	QSG : Matité <input type="checkbox"/> Tympanisme <input type="checkbox"/>	
Palpation :	QID : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>	QIG : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>
	QSD : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>	QSG : Souple <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/>

EXAMEN MUSCULOSQUELETTIQUE ET RISQUE DE CHUTE
(Minimum requis : Déficients visuel et auditif, évaluation de la démarche et de la force musculaire)

Déficit auditif :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Compensé <input type="checkbox"/> Non compensé <input type="checkbox"/>
Déficit visuel :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Compensé <input type="checkbox"/> Non compensé <input type="checkbox"/>
Force musculaire :	
→ Membres supérieurs	Normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> Asymétrique <input type="checkbox"/>
→ Membres inférieurs	Normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> Asymétrique <input type="checkbox"/>
Équilibre :	
→ Pieds joints	Avec facilité <input type="checkbox"/> Avec difficulté <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Démarche :	
→ Capable de circuler sur 3 mètres	Sans aide <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Avec auxiliaire <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Blessure :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser le site :
Sensibilité à la mobilisation :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser le site :
Sensibilité au toucher :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser le site :

Plaie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma Stade :	
Rougeur :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma	
Œdème :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser le site :	
Déplacements :	Sans aide <input type="checkbox"/>	
	Avec aide <input type="checkbox"/> 1 pers <input type="checkbox"/> 2 pers <input type="checkbox"/>	
	Avec auxiliaire <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/>	
	Avec Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/>	
	Avec fauteuil gériatrique <input type="checkbox"/> Avec tablette <input type="checkbox"/>	

Source : Philippe Voyer (2010). *L'examen clinique de l'âiné*. Saint-Laurent : ERPI. Formulaire original conçu par Sylvain Lavoie, Groupe Roy Santé inc. Reproduction autorisée.