



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Exp.



DT5373

ÉVALUATION INITIALE - PPMC

Méd.Fam.: _____ Prochain RV: _____
 Traité santé (réf.: _____) Autres md: _____ Prochain RV: _____
 Programme Régulier AMIGO MPOC 1 Date de début: _____ Suivi clinique spécialisée: _____
 Prévention primaire Prévention secondaire Réadaptation cardiaque Réadaptation pulmonaire
OBJECTIF PRINCIPAL: Remise en forme ↓ Poids Connaître ses limites ↓ stress ↑ énergie Autres: _____
 Conviction: _____ /10 Confiance: _____ /10 Motivation: _____ /10 Barrière à la motivation: _____
 Allergies: _____ Facteurs facilitants: _____

* Cette partie peut être complétée par l'infirmière et/ou la nutritionniste

Diagnostics: _____

Antécédents: _____

DRS: _____ Dyspnée: _____ /5 SAHS: _____ DE Claudication intermittente IU

Médication: _____

Fidélité aux ordonnances: _____ Traitements alternatifs: _____

Signatures: _____

ÉVALUATION HABITUDES DE VIE, FACTEURS DE RISQUE ET BESOINS (Cocher si facteurs de risque présents)

Âge: _____ ans Genre: M > 45 ans F > 55 ans Ménopausée depuis: _____ ans

ATCD familiaux (MCV, diabète) < 60: père _____ ou frère(s) _____

mère _____ ou soeur(s) _____

Tabagisme: Jamais Par le passé, nombre de paquets/jour: _____ Date de l'abandon: _____

Actuel (cigarettes/jour): _____ Nombre d'années: _____ Drogue: non oui

Stade: _____ Actions: _____

Stress Anxiété Dépression Difficultés actuelles: _____

Actions: _____

Sédentarité Activité physique principale: _____ Fréquence: _____ /sem. Temps: _____ min Régulier Sporadique

Fréquence visée au PPMC: _____ fois/sem. Actif dans le passé: _____ Sédentarité dans le passé

Intérêts ou autres activités: _____

Intérêt podomètre _____ Actions entreprises: _____

HTA Résultat domicile: _____ Tensiomètre TA debout (si indiquée): _____

Commentaires: _____

Dyslipidémie Commentaires: _____

Diabète Glucomètre Contrôle régulier: _____ fois/sem.ou/jour Carnet de suivi Enseignement reçu: _____

Commentaires: _____

Obésité Variation du poids: _____ Poids (jeune adulte): _____ Poids maximal atteint: _____

Commentaires: _____

Nutrition: Sel Gras Fibres Glucides Assiette santé GAC Alcool ____ Cons. ____ fois/sem.(_____)

Intérêt de consultation nutritionniste: _____

Actions: _____

Référence feuille de route pour résultats

Niveau de risque: Faible Modéré Élevé **Score:** _____ **Syndrome métabolique:** Oui Non

EXAMENS: _____

Genre de travail: _____ Retraité Reprend le travail le: _____

Quel est votre plus grand défi ou inquiétude concernant...? _____

Programmes: Conseillé Référé

CAT

Cours cuisine santé

Cours gr. diabète

Gestion du stress

Conférences PPMC

Nutrition

Autres: _____

Écocarte/génogramme

Enseignement fait Δ comportement vs f.risque et objectifs Résultats P.V./TR expliqués _____

Documents pertinents remis Plan d'action: _____

À suivre PRN seulement P.T.I. complété (suivi prévu) Lettre médecin

Commentaires: _____

Raison d'intervention: _____ Signature: _____ Date: _____