

ÉVALUATION MÉDICALE PRÉ-OPÉRATOIRE

À être complétée par le médecin généraliste

Identification du patient

Prénom du patient	Nom de famille du patient	Date de naissance aaaa-mm-jj	Genre
-------------------	---------------------------	---------------------------------	-------

Identification du médecin généraliste

Prénom du MD	Nom de famille du MD	Téléphone du MD
--------------	----------------------	-----------------

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX PERTINENTS

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-

EXAMEN PHYSIQUE

Taille:	Poids:	IMC:	FC:	TA:	SAO ₂ %:
---------	--------	------	-----	-----	---------------------

YEUX	OUI	NON	Commentaires
Ictère			
Conjonctives pâles			
COU			
Adénopathies cervicales			
Anomalie thyroïde			
Souffles carotidiens			

CŒUR			
Anomalie du B1 ou B2			
Anomalie du rythme cardiaque			
Présence d'un B3			Insuffisance Cardiaque Ou Regurgitation
Présence d'un B4			Hvg Ou Cmp Ischemique
Présence d'un souffle cardiaque			Dépistage De Sténose Ao (Parvus Tardus)
POUMONS			
Anomalie du murmure vésiculaire			
Présence de sibilances ou râles			

ABDOMEN	OUI	NON	Commentaires
Anomalie ou douleur abdominale			
Organomégalie palpable			
Masse pulsatile			
Présence d'hernie			
TR si indiqué			
PEAU et MEMBRES			
Signes d'insuffisance veineuse chronique			
Présence d'œdème des membres inférieurs			
Anomalie des pouls des membres inférieurs			
NEURO-PSY			
Désorienté (préciser)			
Troubles cognitifs			<u>CONSIDÉRER LE MINI MENTAL</u>
Affect inapproprié ou non mobilisable			
Humeur triste			
Désordre de la pensée			
Tremblements ou rigidité			
AUTRES ANOMALIES CONSTATÉES À L'EXAMEN			

Date

Nom du Médecin

Signature du Médecin

No de pratique