

Nom de famille	Prénom		
Date de naissance	jj	mm	aa

N° de dossier (s'il est connu)

C. Renseignements cliniques (suite)

5. Note du Questionnaire sur la qualité de vie des personnes asthmatiques – version abrégée (Mini AQLQ) : _____ /7 ou résultats ci-joints

6. Sommaire des signes cliniques :

Inspection:

Auscultation:

7. Date des épreuves fonctionnelles respiratoires : Joignez les résultats, si disponibles

jj	mm	aa
.....

8. Des facteurs de complication ont-ils retardé le rétablissement? Oui Non

Si oui, indiquez ces facteurs :

- Facteurs sociaux Facteurs financiers Facteurs physiques (p. ex., dysfonction des cordes vocales, reflux gastro-œsophagien)
- Facteurs psychologiques ou affectifs Autre (précisez)

9. Que recommandez-vous pour résoudre ces questions? Quels progrès avez-vous faits concernant ces questions?

.....

.....

10. Cochez les techniques d'autogestion enseignées au patient

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comprendre l'asthme | <input type="checkbox"/> Plan d'action et fiche-journal |
| <input type="checkbox"/> Causes (y compris l'expérience en milieu de travail) | <input type="checkbox"/> Comment utiliser les médicaments |
| <input type="checkbox"/> Facteurs aggravants | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |
| <input type="checkbox"/> Comment surveiller le débit de pointe | |

11. Le patient a-t-il accru ses connaissances et ses aptitudes concernant la gestion de son état? Oui Non

Aptitudes techniques (p. ex. utilisation de l'inhalateur, surveillance du débit de pointe) :

- Excellentes Bonnes Passables Mauvaises Non évaluées

Base de connaissances sur la maladie et la gestion :

- Excellentes Bonnes Passables Mauvaises Non évaluées

Connaissances sur le plan d'action :

- Excellentes Bonnes Passables Mauvaises Non évaluées

12. Indiquez si d'autres traitements, évaluations ou orientations sont nécessaires.

.....

.....

.....

13. Avez-vous communiqué avec l'employeur? Oui Non

Donnez les précisions pertinentes.

.....

14. Le patient a-t-il communiqué avec l'employeur? Oui Non

Donnez les précisions pertinentes.

.....

Nom de famille	Prénom
Date de naissance	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> jj mm aa </div>

N° de dossier (s'il est connu)

C. Renseignements cliniques (suite)

15. Indiquez quel type de travail le patient accomplit ou prévoit accomplir.

	Restrictions	Durée (en jours, semaines ou mois)
<input type="checkbox"/> Temps plein et sans restriction jours ou semaines ou mois
<input type="checkbox"/> Retour graduel aux heures de travail d'avant la lésion jours ou semaines ou mois
<input type="checkbox"/> Retour graduel aux tâches d'avant la lésion jours ou semaines ou mois
<input type="checkbox"/> Retour graduel aux jours d'avant la lésion jours ou semaines ou mois
<input type="checkbox"/> Tâches modifiées jours ou semaines ou mois
<input type="checkbox"/> Tâches/heures modifiées jours ou semaines ou mois
<input type="checkbox"/> Tâches/jours modifiés jours ou semaines ou mois
<input type="checkbox"/> Aucun emploi disponible (fournissez des détails) jours ou semaines ou mois

16. Indiquez toute autre recommandation visant un retour au travail rapide, sécuritaire et durable :

.....

.....

.....