



## Détails du dossier de santé

Date de la visite:

### Renseignements personnels sur le client

Nom de famille: **REFUGEE**  
 Prénoms: **Case**  
 Sexe: **FEMME**  
 Date de naissance: **04 nov. 1980**  
 Pays de naissance: **LIBAN**

### Renseignements sur l'identité du client

Pièce d'identité présentée: **Titre de voyage du réfugié**  
 Numéro de la pièce d'identité: **JK0956**  
 Pays émetteur: **LIBAN**  
 Date de délivrance: **-**  
 Date d'expiration: **14 avr. 2017**  
 Source: **Clinique**

### Renseignements sur le visa du client

EMR: **EFE - Exemptés de fardeau excessif**  
 Type d'examen médical **Famille-EFE**  
 en début de processus:

### Renseignements supplémentaires

#### Langue préférée

Français

### Canaux de contact

Type de contact	Coordonnées du contact	Principal	Commentaires
-----------------	------------------------	-----------	--------------

### Déclaration du client

### Examen(s) requis

Examen	Statut	Clinique
501 Examen médical	Requis	
502 Examen de la radiographie thoracique	Requis	
707 Test de détection du VIH	Référé	Ottawa Medical
712 Test de détection de la syphilis (VDRL ou RPR)	Référé	Ottawa Medical

### Pièce jointe au dossier de santé

Type de document	Joint(e)
Déclaration du client	Non

### 501 Examen médical

Description de l'examen

Un rapport d'examen médical physique complet est requis.

# Détails du dossier de santé

---

Statut de l'examen Requis  
Clinique -  
Date d'examen -

## Confirmer l'identité

Pays émetteur  
Pièce d'identité présentée  
Numéro de la pièce d'identité  
Date de délivrance  
Date d'expiration  
Avez-vous des préoccupations relatives à l'identité du client?

## Antécédents médicaux

Historique ou information concernant

Tuberculose (TB), traitement pour la tuberculose? -  
Contact étroit avec un membre de la famille atteint de la tuberculose (TB)? -  
Traitement médical prolongé et/ou hospitalisation répétée pour quelque raison que ce soit, incluant une intervention chirurgicale majeure ou un trouble psychiatrique -  
Trouble psychologique ou psychiatrique (incluant la dépression majeure, le trouble bipolaire ou la schizophrénie) -  
Résultat positif ou anormal suite à un test du VIH -  
Résultat positif ou anormal à un test de dépistage de l'hépatite B ou de l'hépatite C -  
Cancer ou tumeur maligne au cours des cinq dernières années -  
Diabète -  
Maladie du cœur (notamment les maladies coronariennes, l'hypertension, les valvulopathies ou les maladies congénitales) -  
Maladie du sang (notamment la thalassémie) -  
Maladie du rein ou de la vessie -  
Invalidité physique ou intellectuelle permanente touchant votre capacité actuelle ou future de fonctionner de façon autonome ou celle de travailler à temps plein (incluant l'autisme ou le retard de développement) -  
Toxicomanie ou alcoolisme -  
Prenez-vous des comprimés ou des médicaments vendus sur ordonnance (à l'exclusion de contraceptifs oraux, de médicaments en vente libre et de suppléments naturels)? Veuillez les indiquer ci-dessous. -  
Êtes-vous enceinte? -

---

## Déclaration du client

## Déclaration du médecin

---

## Pièces jointes

Type de document	Joint(e)
-	Non

## Questions de base

### Accompagnateur

Un accompagnateur est-il présent?: -

### Interprète

L'interprète est-il présent?: -

# Détails du dossier de santé

---

## Taille et poids

Taille : -  
Rang-centile pour la taille : -  
Poids (kg) : -  
Rang-centile pour le poids (e): -  
Indice de masse corporelle (IMC) : -

## Circonférence crânienne

Circonférence crânienne: -  
Rang-centile de la circonférence crânienne: -

## Pression artérielle

### Pression artérielle – initiale

Systolique: -  
Diastolique: -

## Yeux

Acuité visuelle avec ou sans correction:  
Corrigé ou non corrigé:  
Oeil gauche: -  
Oeil droit: -

## Analyse d'urine

## Questions détaillées

## Tous les systèmes

Système cardiovasculaire -  
Système respiratoire -  
Système nerveux (séquelles d'accident cérébro-vasculaire ou de paralysie cérébrale, ou autre incapacité neurologique) -  
Système gastro-intestinal (y compris les orifices herniaires) -  
Système locomoteur (y compris la mobilité pour toute personne de 60 ans et plus) -  
Système endocrinien -

## Cerveau et cognition

État mental et cognitif -  
Capacités intellectuelles -

## Yeux/oreilles/nez/bouche

Yeux (y compris une ophtalmoscopie) -  
Oreilles/nez/gorge/bouche -  
Audition -

## Divers

Peau et ganglions lymphatiques -  
Signe de consommation de drogue (p. ex. marques de ponction veineuse) -  
La personne souffre-t-elle de troubles physiques ou mentaux qui pourraient l'empêcher de fréquenter une école régulière, d'obtenir un emploi à temps plein ou de vivre de manière autonome maintenant ou dans l'avenir? -

## Déclaration de l'examineur

# Détails du dossier de santé

Je déclare que ce compte rendu de mes constatations au sujet -  
de cet examen médical est exact.:

Date de la déclaration: -

## Fournir le classement

Classement: **Pas encore fourni**

## 502 Examen de la radiographie thoracique

Description de l'examen	Un rapport complet de l'examen de radiographie thoracique ainsi qu'une radiographie sont requis.
Statut de l'examen	Requis
Clinique	-
Date d'examen	-

## Confirmer l'identité

Pays émetteur  
Pièce d'identité présentée  
Numéro de la pièce d'identité  
Date de délivrance  
Date d'expiration  
Avez-vous des préoccupations relatives à  
l'identité du client?

## Grossesse

La cliente est-elle enceinte? -  
Quand la cliente est-elle censée accoucher? -  
La femme enceinte a-t-elle émis l'avis qu'elle souhaite  
passer l'examen radiologique requis? -  
La cliente souhaite subir une radiographie et doit  
souscrire à la déclaration : -  
Déclaration de grossesse: -

## Pièces jointes

Type de document	Joint(e)
Image de la radiographie pulmonaire	Non

## Images radiologiques

Date de la radiographie -

## Accompagnateur

Un accompagnateur est-il  
présent?: -

## Interprète

L'interprète est-il présent?: -

## Questions détaillées

Squelette et tissus mous: -  
Ombre cardiaque: -  
Ombre hilare et ganglions lymphatiques: -  
Hémiaphragmes et angles costophréniques: -  
Champs pulmonaires: -  
Signes de lésions tuberculeuses: -  
Y a-t-il de forts soupçons de tuberculose (TB) active?: -

# Détails du dossier de santé

---

## Constatations significatives

### Constatations mineures

Strie/bande de fibrose unique (1.1)

Îlots osseux (1.2)

Épaississement pleural apical (< 1 cm d'épaisseur en tout point) à bordure inférieure lisse (2.1)

Émoussement unilatéral ou bilatéral de l'angle costo-diaphragmatique (en dessous de l'horizontale) (2.2)

Nodule(s) calcifié(s) bien défini(s) dans le hile / médiastin sans granulome pulmonaire associé (2.3)

### Constatations mineures (parfois associées à une infection tuberculeuse)

Granulome solitaire (< 1 cm et de n'importe quel lobe) avec hiles normaux (3.1)

Granulome solitaire (< 1 cm et de n'importe quel lobe) avec ganglions lymphatiques hilaires calcifiés/hypertrophiés (3.2)

Nodules/micro-nodules pulmonaires individuels/multiples bien calcifiés à bordure nette (3.3)

Lésions pleurales calcifiées (3.4)

Émoussement unilatéral ou bilatéral de l'angle costo-diaphragmatique (au-dessus de l'horizontale) (3.5)

### Constatations faites parfois dans les cas de tuberculose active ou d'autres maladies

Épaississement pleural apical (bordure inférieure inégale/en dents de scie et/ou  $\geq 1$  cm d'épaisseur à un endroit) (4.0)

Lésions apicales fibro-nodulaires/fibro-calcifiées ou calcifications apicales (4.1)

Nodules/micro-nodules pulmonaires multiples/individuels (mal définis ou non calcifiés) (4.2)

Masse/lymphadénopathie hilare ou médiastinale isolée (non calcifiée) (4.3)

Nodules/masses pulmonaires uniques/multiples  $\geq 1$  cm (4.4)

Fibrose pleurale non calcifiée et/ou épanchement pleural (4.5)

Fibrose interstitielle/maladie pulmonaire parenchymateuse/maladie pulmonaire aiguë (4.6)

TOUTE lésion cavitaire OU lésions « duveteuses » ou « molles » pouvant représenter une tuberculose active (4.7)

## Déclaration de l'examinateur

Je déclare que ce compte rendu de mes constatations au sujet -  
de cet examen médical est exact.:

Date de la déclaration: -

## Fournir le classement

Classement:

**Pas encore fourni**

## 707 Test de détection du VIH

### Description de l'examen

Un test de dépistage du VIH ainsi qu'une copie des résultats de laboratoire de ces tests sont requis

### Statut de l'examen

Référé

### Clinique

-

### Date d'examen

-

## Confirmer l'identité

L'identité du client a-t-elle été confirmée? -

## Enregistrer les résultats

Counselling ultérieur au test de dépistage du VIH fourni -

Résultats du test du VIH -

Résultats du test répété du VIH -

## Remarques générales à l'appui

## Détails du dossier de santé

---

### Pièces jointes

Type de document	Joint(e)
Rapport du test de dépistage du VIH	Non

### 712 Test de détection de la syphilis (VDRL ou RPR)

<b>Description de l'examen</b>	Le test de détection de la syphilis et les résultats sont requis.
<b>Statut de l'examen</b>	Référé
<b>Clinique</b>	-
<b>Date d'examen</b>	-

#### Confirmer l'identité

L'identité du client a-t-elle été confirmée? -

#### Enregistrer les résultats

Résultat du test de dépistage de la syphilis -  
Résultats du test répété de la syphilis -  
Remarques générales à l'appui -

#### Remarques générales à l'appui

### Pièces jointes

Type de document	Joint(e)
Résultat du test de détection de la syphilis	Non