



CONSULTATION DE SANTE PUBLIQUE CLINIQUE

1) IDENTIFICATION

Date de la consultation d'inclusion : ____ / ____ / ____

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____

Sexe : Femme Homme

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Téléphone 1 : _____

Téléphone 2 : _____

Nom du Médecin ASDES : _____

Nom du Médecin Traitant (si différent) : _____

Patient venu :

De lui-même

Adressé par un partenaire institutionnel

Lequel : _____

Adressé par un établissement de santé

Lequel : _____

Autre médecin du réseau

Si oui lequel : _____

Si oui, suivi conjoint ville-hôpital OUI NON NR NP

Adressé par un partenaire associatif

Si oui lequel : _____

Autre, précisez : _____

2) **DONNEES SOCIALES** (1/3)**Situation de famille :**

- Célibataire Marié(e) ou remarié(e) séparé(e) divorcé(e)
 veuf(ve) PACS Concubinage
 Autre : _____

Nationalité :

- Française Autre : _____
 ↪ Si autre : En France depuis : _____

Communication :

- Bonne
 Limitée : Si oui, pour quel motif(s) :
 Analphabète
 Handicap linguistique
 Handicap psychique
 Sourd / muet

Personne de confiance :

- Choix d'une personne de confiance proposée : OUI NON NR NP
 Personne de confiance désignée : OUI NON NR NP

↪ **Si oui** : Nom, Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 Lien avec le patient : _____

- ↪ **Si non** : avez-vous pensé à informer votre patient sur la personne de confiance ?
 OUI NON NR NP

Nécessité d'une mesure de protection majeure :

- OUI, déjà fait OUI, à faire NON NR NP

↪ **Si oui**, précisez : tutelle curatelle sauvegarde de justice

Personne ou organisme gérant la protection :

Nom, prénom : _____
 Adresse complète : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Lien avec le patient : _____

DONNEES SOCIALES (2/3)**Revenus :**

- Emploi : OUI NON NR NP
 - ↳ Si oui, quel type : CDD CDI Profession indépendante
 - ↳ Si oui, précisez : En activité Arrêt longue maladie
 - ↳ Si pas d'emploi, quels types de revenus :
 - RSA chômage retraite minimum vieillesse
 - Aucun revenu Autre, précisez : _____
- Ressources du foyer approximatives : _____ euros / mois (facultatif)
- Par ailleurs, patient bénéficiaire :
 - AAH OUI, à jour à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 - Pension d'invalidité OUI, à jour à faire Refusé NON nécessaire NR NP

Couverture sociale :

- Existence d'une **couverture de base** : OUI NON NR NP
- ↳ Si oui, précisez : date de fins de droits : _____ / _____ / _____
- ↳ Si oui, précisez :
 - Droit commun CMU de base Aide Médicale d'Etat
 - Régime spécial, précisez : _____
- Existence d'une **complémentaire** : OUI, à jour NON NR NP
 - ↳ Si oui, date de fins de droits : _____ / _____ / _____
 - ↳ Si oui, précisez : Assurance Privée Complémentaire CMU Complémentaire
 - Autre, précisez : _____

Reconnaissance d'une ALD 30 :

- Oui, à jour Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

Nécessité d'une aide financière ASDES pour l'accès aux soins :

- Oui, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

Domicile :

- Existe-t-il des difficultés liées au logement : OUI NON NR NP
- ↳ Si oui, précisez (plusieurs choix possibles) :
 - Problème de loyer
 - Propriétaire surendetté
 - Hébergé chez un tiers
 - Hébergé en institution ou hôtel social
 - Sans domicile fixe
 - Risque de saturnisme (logement construit avant 1949)
 - Autre, précisez : _____

Nécessité d'assistance :

- OUI, à jour Oui, à faire OUI mais refusée NON NR NP
- ↳ Si oui, précisez pour quel(s) motif(s) : (plusieurs choix possibles)
 - Aide ménagère à domicile
 - Soins infirmiers
 - Soins d'hygiène / Besoin d'une aide-soignante
 - Accompagnement aux rendez-vous
 - Autre, Précisez : _____

DONNEES SOCIALES (3/3)**Repérage d'un besoin médico-juridique :**

- Existe-t-il un besoin médico-juridique : OUI NON NR NP
 - ↳ **Si oui** : pour quel(s) motif(s) : (plusieurs choix possibles)
 - Accident du travail
 - Accident de transport
 - Victime de violence
 - Autre, Précisez : _____

- Nécessité d'une orientation:
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Oui, mais refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ **Si oui**, précisez : (plusieurs choix possible)
 - Consultation médico-juridique ASDES
 - Consultation sociale ASDES
 - Consultation de médecin du travail
 - Psychologue ASDES
 - Psychiatre ASDES
 - Autre, précisez : _____

Compte tenu de tous ces éléments, y a-t-il nécessité d'une prise en charge sociale au sein du réseau ASDES :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Oui, mais refusée NON nécessaire NR NP

Compte tenu de tous ces éléments, y a-t-il nécessité d'une prise en charge sociale en dehors du réseau ASDES :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Oui, mais refusée NON nécessaire NR NP
- Précisez: _____

3) REPERAGE DES ADDICTIONS (1/4)**A -TABAC :**

Présence d'un tabagisme (actuel ou sevré)

 OUI NON NR NP↳ **Si oui**, précisez : ATCD de tabagisme Tabagisme actuel

Si tabagisme sevré, précisez l'année du sevrage : _____

Si tabac actuel ou sevré,

• Test de dépendance de Fagerström

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP↳ **Si oui**, déjà fait , score : _____• **Evaluation globale** : _____ Paquets-années**Bilan de retentissement :**

• Radio de thorax

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP↳ **Si oui** déjà faite, date : ____/____, Résultat : normale pathologique, précisez : _____

• Dépistage ORL

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP↳ **Si oui** déjà faite, date : _____, Résultat : normal pathologique

• Consultation de pneumologie

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP↳ **Si oui** déjà faite, date : ____/____, Résultat : normal pathologique, précisez : _____**Démarche de sevrage :**

• Prescription de substituts nicotiques

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prescription médicamenteuse

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prescription d'une consultation anti-tabac

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP**Dans tous les cas :**

• Informations données sur le tabagisme et les modalités du sevrage

 OUI NON NR NP

REPERAGE DES ADDICTIONS (2/4)**B -HABITUDES VIS-AVIS DE L'ALCOOL**

Présence d'une surconsommation d'alcool :

 OUI NON NR NP↳ Si oui, précisez : actuelle sevrée**RAPPELS :**

1 - surconsommation hebdomadaire régulière d'alcool

plus de 14 verres pour les femmes *plus de 21 verres pour les hommes*

2 - surconsommation épisodique excessive

3 - usage avec dépendance (nécessité d'un sevrage avec accompagnement spécialisé)

Evaluation :

• Consommation hebdomadaire d'alcool : _____ (cocher l'unité choisie)

-
-
-

Verres/semaine
Grammes/semaine

• Questionnaire AUDIT

 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui fait, score : _____

Retentissement :

• Bilan hépatique biologique

 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP↳ Si oui déjà fait, date : _____, résultat : normal pathologique

• Echographie hépatique

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP↳ Si oui déjà faite, date : _____, résultat : normal pathologique**Démarche de sevrage :**

• prise en charge par le médecin traitant

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• prise en charge spécialisée en alcoologie:

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge diététique ASDES

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un psychologue ASDES

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un psychiatre ASDES

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Autre prise en charge :

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, précisez : _____

REPERAGE DES ADDICTIONS (3/4)**C -CONSOMMATION DE CANNABIS :****Présence d'une consommation de cannabis (actuelle ou sevrée) :**

- OUI NON NR NP
 ↳ Si oui, précisez : actuelle sevrée

↳ Si consommation actuelle, évaluation :

Précisez le nombre de prises / semaine : _____

Démarche de sevrage :

- Prise en charge par le médecin traitant

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Prise en charge par une consultation spécialisée

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, précisez : _____

- Prise en charge par un psychologue ASDES:

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Prise en charge par un psychiatre ASDES :

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Autre type de prise en charge :

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, précisez : _____

REPERAGE DES ADDICTIONS (4/4)

•

D - AUTRES TOXICOMANIES (y compris mésusage de médicaments) :

- OUI NON NR NP
 ↳ Si oui, précisez : actuelle sevrée
 ↳ Si sevrée, précisez date du sevrage : _____

Si consommation actuelle de drogues, précisez la ou lesquelles :

- Cocaïne héroïne ecstasy
 Traitement de substitution
 Mésusage de médicaments

Bilan de retentissement :

• Bilan Hépatique

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, date : _____, résultat : normal pathologique

• Sérologies

- OUI, déjà faites Oui, à faire Refusées NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, date : _____, résultat : normal pathologique

Démarche de sevrage :

• Prise en charge par le médecin traitant

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prescription de traitements de substitution

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par une consultation spécialisée

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• ↳ Si oui, précisez : _____

• Prise en charge par un(e) psychologue ASDES :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un psychiatre ASDES :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Autre type de prise en charge :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• ↳ Si oui, précisez : _____

4) ACTIVITE PHYSIQUE et ALIMENTATION**A- ACTIVITE PHYSIQUE :**

- Sédentaire Occasionnel (< 1 fois/semaine) Régulier (1 à 2 fois /semaine)
 Intensif (> 2 fois/semaine) NR NP

Recommandations données sur l'activité physique :

- OUI NON NR NP

Rappel recommandations : au moins 1/2 heure de marche rapide ou équivalent x 3 / semaine

B- CORPULENCE :

Poids à l'inclusion : _____ Kg

Taille : _____ cm

Calcul IMC :

C- HABITUDES ALIMENTAIRES :Hygiène alimentaire défectueuse : OUI NON NR NP

↳ Si oui, pour quel(s) motif(s) : (plusieurs réponses possibles)

- Obésité Surpoids Dyslipidémie Diabète
 Malnutrition qualitative à poids normal
 Profil androïde à poids normal.
 Sous-nutrition (IMC < 20).

↳ Si profil androïde à poids normal, précisez le rapport Taille / hanche : _____

↳ Si sous-nutrition, précisez :

- Anorexie mentale Contraintes économiques Pathologie organique

Bilan de retentissement : (cochez l'unité choisie)

• Glycémie

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____ Valeur : _____

	mmol/l
	g/l

• Bilan lipidique

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____

CT : _____ LDL : _____

TG : _____ HDL : _____

	mmol/l
	g/l

• Bilan hépatique (recherche de fibrostéatose hépatique)

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si déjà fait, date : _____, résultat : Normal Pathologique

• Tension Artérielle : | _ _ _ | / | _ _ _ |

Prise en charge :

• Par le médecin traitant

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Par la diététicienne ASDES

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge médicale spécialisée

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un(e) psychologue ASDES:

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un psychiatre ASDES

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (1/4)**A- HTA :**

Absente HTA ancienne, connue à l'inclusion HTA de découverte récente

TA prise lors de la consultation : _____ / _____

Si HTA ancienne, bilan annuel recommandé :

• Kaliémie

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique

• BU ou protéinurie

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____ (cochez la bonne réponse)

<input type="checkbox"/>	Négative
<input type="checkbox"/>	Positive

• Créatininémie, clairance

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____

Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

<input type="checkbox"/>	μmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

↳ Si oui, calcul de la clairance : _____

Si HTA ancienne, bilan recommandé tous les 3 ans:

• ECG de repos

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique

• Glycémie

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____ Valeur : _____

<input type="checkbox"/>	mmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

• Bilan lipidique

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____

CT : _____

LDL : _____

TG : _____

HDL : _____

<input type="checkbox"/>	mmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (1bis/4)**Si découverte récente de l'HTA, bilan recommandé :**

• Kaliémie

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique

• BU ou protéinurie

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____ (cochez la bonne réponse)

<input type="checkbox"/>	Négative
<input type="checkbox"/>	Positive

• Créatininémie, clairance

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____

Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

<input type="checkbox"/>	μmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

↳ Si oui, calcul de la clairance : _____

• ECG de repos

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique

• Glycémie

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____ Valeur : _____

<input type="checkbox"/>	mmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

• Bilan lipidique

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____

CT : _____ LDL : _____

TG : _____ HDL : _____

<input type="checkbox"/>	mmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

Prise en charge :

• Traitement médicamenteux prescrit

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

• Suivi diététique ASDES

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

• Reconnaissance ALD

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Autre type de prise en charge :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, précisez : _____

• Par ailleurs, conseils hygiéno-diététiques données en consultation

- OUI NON NR NP

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (2/4)**B- DIABETE :**

- Absent ancien, connu à l'inclusion découverte récente
 ↳ Si diabète, précisez type I type II

Si diabète ancien ou récent, bilan initial ou bilan annuel recommandé :

- FO
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ résultat : normal pathologique

- Bilan lipidique
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, Date : _____
 - CT : _____ LDL : _____

	mmol/l
--	--------
 - TG : _____ HDL : _____

	g/l
--	-----

- Micro albuminurie
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui déjà faite, Date : _____ Résultat : négative positive

- Créatininémie, clairance
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, Date : _____
 - Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)
 - ↳ Si oui, calcul de la clairance : _____
 - | | |
|--|--------|
| | μmol/l |
| | g/l |

Si diabète ancien ou récent, bilan trimestriel recommandé :

- HbA1c
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, Date : _____
 - Valeur : _____ %

Prise en charge :

- Traitement médicamenteux
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Suivi diététique ASDES
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Suivi spécialisé en diabétologie ASDES
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Education à l'autocontrôle glycémique
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Education aux soins de pieds
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- ALD à jour
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Conseils hygiéno-diététiques données en consultation
 - OUI NON NR NP

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (3/4)**C- DYSLIPIDEMIE :**

Absente ancienne, connue à l'inclusion découverte récente

↳ **Si dyslipidémie présente, précisez le type :**

TG LDL mixte (LDL + TG)

↳ **Si dyslipidémie présente, bilan lipidique nécessaire :**

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui,** Date : _____

CT : _____

LDL : _____

	mmol/l
	g/l

TG : _____

HDL : _____

Objectif LDL pour votre patient : _____ (cochez l'unité choisie)

	mmol/l
	g/l

↳ **Si hyper TG, bilan de retentissement :**

• Bilan hépatique (recherche de fibrostéatose hépatique)

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si hyper TG OU si LDL > objectif, prise en charge :**

• Prise en charge par le médecin traitant :

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Traitement médicamenteux prescrit

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge diététique ASDES

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Par ailleurs, conseils diététiques donnés par le MT en consultation

OUI NON NR NP

• Autre prise en charge :

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• ↳ **Si oui,** précisez : _____

•
•
•

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (4/4)**D - ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

Votre patient a-t-il des antécédents familiaux cardio-vasculaires :

OUI NON NR NP

↳ **Si oui**, précisez le(s) quel(s) :

- Infarctus ou mort subite < 55 ans chez le père ou un homme parent du premier degré
- Infarctus ou mort subite < 65 ans chez la mère ou une femme parente du premier degré
- AVC précoce avant 45 ans

E - CALCUL DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

↳ **Si votre patient présente au moins 3 facteurs de risque**, consultation de cardiologie :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

RAPPEL :

- *Femme de plus de 60 ans, ou Homme de plus de 50 ans*
- *Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans*
- *ATCD Familiaux d'Accident CV précoce :*
 - *IDM ou mort subite < 55 ans chez le père ou homme parent du premier degré*
 - *IDM ou mort subite < 65 ans chez mère ou femme parente du premier degré*
 - *AVC précoce avant 45 ans*
- *Diabète*
- *HTA*
- *Dyslipidémie LDL > 4,1 mmol/litre et/ ou HDL ≤ 1 mmol/l*

A prendre en compte : Obésité abdominale, sédentarité, consommation excessive d'alcool

6) REPERAGE INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Le patient présente-t-il un ou plusieurs FDR d'insuffisance rénale chronique ?

- OUI NON ONR NP

RAPPEL CLASSIFICATION SELON L'ANAES :

- Stade 1: atteinte rénale avec DFG normal (≥ 90 ml/min/1.73m²)
- Stade 2 : atteinte rénale légère avec DFG entre 60 et 89
- Stade 3 : diminution modérée du DFG entre 30 et 59
- Stade 4 : diminution sévère du DFG entre 15 et 29

RAPPEL DES FACTEURS DE RISQUE :

âge > 60 ans, dyslipidémie, HTA, diabète, obésité, maladies coronariennes, maladie athéromateuse, cancer, uropathie, ATCD familiaux de néphropathie, malformations rénales congénitales, maladie auto-immune, goutte, prise chronique de médicaments néphrotoxiques, toxiques professionnels, tabagisme chronique

↳ **Si facteurs de risque présents**, bilan annuel recommandé :

- BU ou protéinurie
- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, Date : _____ (cochez la bonne réponse)

<input type="checkbox"/>	Négative
<input type="checkbox"/>	Positive

- Créatininémie, clairance
- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, Date : _____
Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

<input type="checkbox"/>	$\mu\text{mol/l}$
<input type="checkbox"/>	g/l

↳ Si oui, calcul de la clairance : _____

↳ **Si insuffisance rénale, prise en charge proposée :**

- Prise en charge par le médecin traitant :
- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Prise en charge spécialisée en néphrologie :
- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Prise en charge diététique ASDES:
- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Autre type de prise en charge :
- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, précisez : _____

- Si clairance < 40ml/min, nécessité d'une vaccination contre l'hépatite B :
- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

7) REPERAGE DES CANCERS NON GYNECOLOGIQUES (2/2)**C - REPERAGE DU CANCER DE LA PROSTATE :**Existe-t-il un facteur de risque de cancer de la prostate : OUI NON NR NP

- ↳ Si oui, le(s) quel(s) âge > 50 ans
 antécédent familial du premier degré

↳ Si facteur de risque, dépistage proposé :

- Prescription de PSA
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ Si déjà fait, date : _____, valeur : _____
- Toucher rectal
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique
- Adressé en consultation d'urologie
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : _____

8) REPERAGE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE**A- Existe-t-il un ou des signe(s) d'une incontinence urinaire débutante ?** OUI NON NR NP

↳ Si oui, le ou le(s) quel(s) : Fuites urinaires lors de

- Port de charges lourdes
- Activité physique
- Rires
- Toux

↳ Si oui, prise en charge spécialisée proposée :

 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP**B- Existe-t-il un ou des facteurs de risque d'incontinence urinaire ?** OUI NON NR NP

↳ Si oui, le ou lesquels :

- âge
- ≥3 grossesses
- traumatismes gynécologiques
- antécédents de chirurgie pelvienne
- obésité
- activité physique intensive
- Enurésie dans l'enfance

↳ Si oui, prise en charge spécialisée proposée :

 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

9) PRISE EN CHARGE GYNECOLOGIQUE**A - CONTRACEPTION :**

Indication à une contraception :

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

Bilan complémentaire si nécessaire :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

Dans tous les cas, informations données sur la contraception :

OUI NON NR NP

B- PREVENTION DU CANCER DU COL :

Si la patiente a entre 20 et 65 ans, et une activité sexuelle, indication aux frottis :

Rappel : le FCV est recommandé tous les 2 ou 3 ans, après 2 frottis consécutifs normaux à 1 an d'intervalle (HAS 2004)

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si frottis déjà réalisé, précisez :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique,

↳ Si frottis déjà réalisé ou à réaliser, précisez :

Prise en charge par le médecin traitant

Prise en charge par le gynécologue

Par ailleurs, si votre patiente a **entre 14 et 23 ans**, et une activité sexuelle depuis moins de 1 an, prescription d'une vaccination anti-papillomavirus :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

C - REPERAGE DU CANCER DU SEIN :

Votre patiente présente-t-elle un ou des facteurs de risque de cancer du sein ?

OUI NON NR NP

↳ Si facteur de risque, prise en charge spécialisée proposée (gynécologue +/- oncogénétique) :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si pas de facteur de risque, et âge **entre 50 et 74 ans**, dépistage systématique proposé

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date de la dernière mammographie : _____

Résultat : Normal Pathologique

Rappel : la mammographie est recommandée et gratuite chez toutes les femmes entre 50 et 74 ans, tous les 2 ans. A proposer en cas de lésions mammaires prédisposantes et/ou de 2 antécédents familiaux du 1^{er} degré.

10) SITUATION VACCINALE

- DTP :** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Date du prochain rappel (années) :* _____
- BCG** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Par ailleurs, Indication IDR* OUI NON NR NP
 ↳ *Si oui, quel motif :* _____
- Hépatite B** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Rubéole** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Grippe** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Pneumo 23** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Date du prochain rappel (années) :* _____
- Papillomavirus** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Coqueluche** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP

11) REPERAGE TUBERCULOSE**Indication d'un dépistage :**

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui**, précisez le motif : _____

↳ **Si indication d'un dépistage**, précisez :

- Prescription d'une Radio
- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui déjà fait**, Date : _____ Précisez : Normale Pathologique

- Prescription d'une IDR
- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui déjà fait**, précisez : Normal Pathologique

Nécessité d'une vaccination par le BCG :

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON indiqué NR NP

12) REPERAGE DES IST

Votre patient présente-t-il des facteurs de risque ? : OUI NON NR NP

↳ **Si oui**, précisez :

- Rapports sexuels non protégés transfusion sanguine
 Toxicomanie IV tatouage, piercing autre

• Indication à un dépistage du HIV :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Positif Négatif

• Indication à un dépistage de l'hépatite B :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Non immunisé Immunité ancienne Hépatite

• Indication à un dépistage de l'hépatite C :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Positif Négatif

• Indication à un dépistage de la syphilis :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Positif Négatif

• Indication à un autre dépistage:

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, précisez quel dépistage : _____

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Positif Négatif

Dans tous les cas, informations données sur les risques liés aux IST

OUI NON NR NP

Nécessité d'une vaccination contre l'hépatite B

OUI, déjà fait Oui, à faire NON nécessaire Refusé NR NP

13) DEPISTAGE DE LA SOUFFRANCE MENTALE**Evaluation :**

- En ce moment : comment va votre moral ?
 Bien Moyen Pas bien NR ONP
- Vos soucis vous empêchent-ils de dormir ?
 Pas du tout parfois souvent NR ONP
- Vous sentez-vous constamment tendu(e) ou stressé(e) ?
 OUI parfois NON NR ONP
- Vous sentez-vous capable de faire face à vos problèmes sans aide ?
 OUI NON NR ONP
- Vous sentez-vous malheureux (se) ou déprimé(e)?
 Pas du tout un peu OUI NR ONP
- Avez-vous, des pensées de suicide ?
 OUI Parfois NON NR ONP
- Etes-vous ou avez-vous déjà été victime de violence ?
 OUI NON NR ONP
 ↳ **Si oui**, de quel type :
 Physique Verbale Psychologique
 ↳ **Si oui**, dans quel cadre :
 la famille au travail autre, précisez : _____

Proposition du GHQ 12 :

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui** déjà fait, résultat : _____

Prise en charge :

- Par le médecin traitant
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Traitement médicamenteux :
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Prise en charge par un(e) psychologue ASDES :
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Prise en charge par un psychiatre ASDES :
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Autre type de prise en charge :
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ Précisez : _____

14) ETAT BUCCO-DENTAIRE

Etat bucco-dentaire correct : OUI NON NR NP

Date de la dernière consultation dentaire : _____

Indication à une consultation de prévention :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

Indication à des soins dentaires :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si indication** à une consultation dentaire (prévention ou soins), orientation vers :

- Dentiste libéral
- Croix rouge
- Centre de santé
- Autre, précisez : _____

Existe-t il des difficultés de prise en charge des soins dentaires

OUI NON NR NP

↳ **Si oui** la ou lesquelles : _____

Informations données sur l'hygiène bucco-dentaire :

OUI NON NR NP

15) REPERAGE OSTÉOPOROSE

Le patient présente-il un ou plusieurs FDR d'ostéoporose ? OUI NON NR NP

Rappels :

- *ATCD de fracture (vertébrale ou périphérique) sans contexte traumatique ou tumoral*
- *Corticothérapie > 3 mois, > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone*
- *ATCD d'hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé*
- *Femme ménopausée et au moins un de ces éléments :*
- *ATCD de fracture du col sans traumatisme chez un parent au 1er degré*
- *IMC < 19 kg/m²*
- *Ménopause avant 40 ans*
- *ATCD de corticothérapie > 3 mois, >7,5 mg/jour*

S'il existe un ou plusieurs facteurs de risque, précisez :

- ATCD de fracture (vertébrale ou périphérique) sans contexte traumatique ou tumoral
- Corticothérapie > 3 mois, > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone
- ATCD d'hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé
- Femme ménopausée et au moins 1 autre élément cité.

Bilan de retentissement :

- Indication à une ostéodensitométrie :
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 - ↳ **Si oui**, précisez : Normale Pathologique
- Bilan biologique
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 - ↳ **Si oui**, précisez : Normal Pathologique

Prise en charge :

- Par le médecin traitant :
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Prise en charge diététique ASDES
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Traitement médicamenteux :
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Autre type de prise en charge :
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

Dans tous les cas, informations données sur la prévention de l'ostéoporose :

OUI NON NR NP

16) DONNEES CHIFFREES RECAPITULATIVES

- Poids : _____ Kg
- Taille : _____ cm
⇒ Calcul IMC : _____
-
- Tension artérielle : | _ _ _ | / | _ _ _ |
- Glycémie
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↪ Si oui, Date : _____ Valeur : _____

	mmol/l
	g/l
- HbA1c, date : _____
Valeur : _____ %
- Bilan lipidique
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↪ Si oui, Date : _____
 CT : _____ LDL : _____
 TG : _____ HDL : _____

	mmol/l
	g/l
- Kaliémie
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↪ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique
- Créatininémie, clairance
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↪ Si oui, Date : _____
 Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

	μmol/l
	g/l

 ↪ Si oui, calcul de la clairance : _____
- BU
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↪ Si oui, Date : _____ (cochez la bonne réponse)

	Négative
	Positive
- Microalbuminurie
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↪ Si oui déjà faite, Date : _____ Résultat : négative positive
- Bilan Hépatique
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↪ Si oui déjà fait, date : _____, Résultat : normal pathologique
-
- PSA,
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↪ Si oui déjà fait, date : _____, valeur : _____

TRAITEMENT médicamenteux

AVANT INCLUSION

APRES INCLUSION

Existe-t-il un mésusage de médicaments : OUI NON NR NP

↳ Si oui, précisez :

- Surdosage
- Mauvaise compliance
- Polymédication
- Autre, précisez : _____

18) DONNEES RECAPITULATIVES DE PRISE EN CHARGE (1/2)**Consultations Réseau ASDES:**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Assistante sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diététicienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation médicojuridique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabétologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consultations hors réseau:

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Assistante sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diététicienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation médicojuridique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabétologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ophthalmologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation tabacologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation alcoolologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CDAG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : _____

Prescription examens sanguins :

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Glycémie à jeun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HbA1C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan lipidique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaliémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Créatinine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microalbuminurie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan hépatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sérologie VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sérologie VHB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sérologie VHC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : _____

18) DONNEES RECAPITULATIVES DE PRISE EN CHARGE (2/2)**Prescription examens imagerie :**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Mammographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloscopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographie de thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echographie hépatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : _____

Autres :

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
ECG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epreuve d'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fond d'œil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frottis cervico-vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan uro-dynamique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaccinations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : _____

Prise en charge du patient :

- Délai souhaité pour la prise en charge globale du patient :
- 3 mois
 - 6 mois
 - 1 an

- Sortie du patient pour:
- Perdu de vue
 - Prise en charge réalisée
 - Prise en charge non réalisée malgré relances

Observations:
