

Examen Femme 35 - 49 ans

TA (PF-A)	Pouls	Poids	Taille	IMC (*-B)	Périmètre abdominal
____/____					

Note : La section sur l'examen physique permet d'y inscrire des éléments en lien avec les plaintes du patient s'il y en a. A part la pression artérielle et l'IMC, aucune composante de l'examen physique n'a de bénéfice prouvé en dépistage.

Tête et cou :

Carotides (*-D)

Seins : (Cf > 40 ans - *)

Poumons :

Cœur :

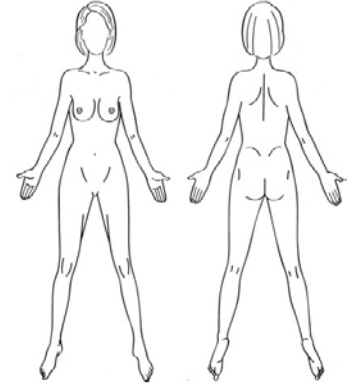
Abdomen :

Organes génitaux :

Bimanuel (*-D)

Musculosquelettique :

IMPRESSIONS :



Counselling		
Sexualité : ITSS	*- B si à risque	<input type="checkbox"/>
Grossesse contraception	*-*	<input type="checkbox"/>
Prescription de la pilule du lendemain	*-*	<input type="checkbox"/>
Prévention des traumatismes (ceinture de sécurité en voiture, casque en vélo ...)	*-* Le groupe américain ne met plus à jour ses recommandations à ce sujet	<input type="checkbox"/>

Chimioprophylaxie		
Acide folique 0.4 mg/jour Discuté <input type="checkbox"/> Prescrit <input type="checkbox"/>	*-A	<input type="checkbox"/>
Tamoxifen ou Raloxifen : à considérer si haut risque de cancer du sein (3% ou plus) www.cancer.gov/bcrisktool DÉCISION ÉCLAIRÉE	B-B	<input type="checkbox"/>

Investigations		
Chlamydia et Gonorrhée	*- B si à risque	<input type="checkbox"/>
HIV ¹	*- A	<input type="checkbox"/>
HCV si à risque	*-B	<input type="checkbox"/>
Syphilis si à risque	*-A	<input type="checkbox"/>

1 Au Québec le dépistage n'est recommandé qu'en présence de facteurs de risque

Investigations (suite)		
Pap test q 3 ans	PF – A Si hystérectomisée (*-D) Dernier : _____ Avant-dernier : _____	<input type="checkbox"/>
Anticorps anti-rubéole	*-* Valeur _____ Année _____ OU Preuve d'immunisation <input type="checkbox"/> Date de la vaccination _____	<input type="checkbox"/>
Glycémie <input type="checkbox"/> Hb1ac <input type="checkbox"/> Année _____ Résultat _____	Cf si FINSRISK 14 points ou moins; Pf si FINDRISK 15 points et plus – B à partir de 40 ans si surpoids ou obèse FINDRISK _____pts	<input type="checkbox"/>
Bilan lipidique q 1-3 ans Année _____	* – C ; *-B si 35-45ans et à risque accru; *-A si >45ans et à risque accru de MCAS (voir guide) LDL : _____ CT/HDL : _____ % risque : _____ selon _____	<input type="checkbox"/>
Mammographie > 40 ans	Cf – C	<input type="checkbox"/>
Considérer dépistage génétique Ca Sein	*-B si Hx familiale suggestive de mutation génétique	<input type="checkbox"/>

PF : Pour fort ; Pf : pour faible; Cf : contre faible; CF : Contre fort

Suivi _____ Signature _____

Note : La première valeur est celle du GECSSP. Elle est suivie de celle du USPSTF. Lorsqu'il n'y a pas de recommandation actuelle (avant l'an 2000) un * apparaît. Pour les recommandations des autres associations se référer au document de base.

Légende : = Fait = jugé non applicable par mon patient = problème avec ce point

Mars 2016

