



Clinique Soins de Santé à Domicile

QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT AU LAVAGE D'OREILLE

Date: ____/____/____

IDENTIFICATION

Nom _____ Prénom _____ Sexe _____
Numéro d'assurance maladie : _____ Exp : _____
Adresse courriel : _____ Date de naissance : _____
J'accepte de recevoir de l'information par courriel : ___ OUI ___ NON
Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____
Tél. Résidence: _____ Tél. travail : _____ Cell : _____
Personne contact (en cas d'urgence) : _____
Tél. : _____ Lien : _____

ÉVALUATION INITIALE	OUI	NON
1. Êtes-vous référer par un médecin? Si oui - Lequel?		
2. Avez-vous déjà eu un lavage d'oreille antérieurement? Si oui quand? Y-a-t-il eu des complications?		
3. Avez-vous de la difficulté à entendre? Si oui depuis quand? Est-ce soudain ou graduel?		
4. Avez-vous remarquez un changement dans votre état de santé?		

QUESTIONNAIRES DES CONTRE-INDICATIONS	Oreille droite		Oreille gauche	
	OUI	NON	OUI	NON
1. Avez-vous une perforation du tympan? Si oui, depuis quand? Causé par quoi?				
2. Avez-vous eu un traumatisme ou une chirurgie récente à l'oreille? Si oui, quand?				
3. Présentez-vous des démangeaisons? Si oui, depuis quand?				
4. Présentez-vous une pression dans l'oreille? Si oui depuis quand?				
5. Portez-vous des prothèses auditives?				
6. Avez-vous subi un traumatisme crânien ou cervical récent? Si oui, quand?				
7. Avez-vous une maladie de l'oreille, otite, infection, tumeur? Si oui, laquelle? Depuis quand? Quel tx?				
8. Avez-vous des vertiges, cholestéatome, labyrinthite, etc? Si oui, depuis quand? Êtes-vous traité?				
9. Présentez-vous de la douleur à l'oreille (Otalgie)? Si oui, depuis quand? Qu'elle sorte? Localisation? Présence d'irradiation? Soudaine ou graduelle? Fréquence? Durée? Facteurs déclenchant? Facteurs de soulagement?				

SUITE QUESTIONNAIRES DES CONTRE-INDICATIONS	Oreille droite		Oreille gauche	
	OUI	NON	OUI	NON
10. Avez-vous de la fièvre? Si oui, depuis quand?				
11. Avez-vous des écoulements de l'oreille (otorrhée) ou saignements? Si oui, depuis quand? Quelle couleur?				
12. Avez-vous des tubes trans-tympanique?				
EXAMEN ET ÉVALUATION DES CONTRE-INDICATIONS				
1. Présence d'un corps étranger?				
2. Présence de cérumen durci, apparenté à de la roche?				
3. Présence de rougeur?				
4. Perforation visible du tympan?				
5. Présence de saignement ou de liquide? Si oui, quelle quantité? Quel aspect?				
6. Collaboration adéquate du patient?				
7. Présence de cérumen obstruant complètement le conduit?				
PRÉSENCE DE CONTRE-INDICATIONS AU LAVAGE D'OREILLE				
LAVAGE D'OREILLE RECOMMANDÉ				

CONSENTEMENT

J'ai reçu toute l'information quand aux risques de complications et les contre-indications du lavage d'oreille et j'ai eu l'opportunité de poser les questions et d'en obtenir les réponses satisfaisantes. J'affirme connaître les bénéfices et les risques associés au lavage d'oreille. Je consens donc à ce que le traitement me soit prodigué par le personnel infirmier de la Clinique Soins de Santé à Domicile.

Je reconnais qu'il y aura des frais au lavage d'oreille même si celui-ci est inefficace

Signature du client ou du répondant: _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____