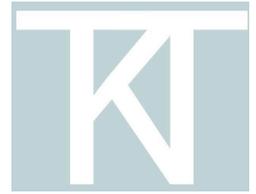


TIKIT Santé.
QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT
AU LAVAGE D'OREILLE



Date: _____

IDENTIFICATION DU CLIENT		
Nom :	Date de naissance :	Sexe :
Prénom :	Numéro d'ass maladie :	
Adresse :		
Ville :	Code postale :	
Courriel :		
J'accepte de recevoir de l'information par courriel : OUI ____ NON ____		
Mobile :	Résidence :	
Personne contact (en cas d'urgence)		
Nom, Prénom :	Tél :	Lien :
ÉVALUATION		
1. Êtes-vous référer par un médecin? Si oui - Lequel? Quand ?		
2. Lavage d'oreille antérieurement ? Si oui quand? Y-a-t-il eu des complications?		
3. Perte d'audition ? Si oui depuis quand? Est-ce soudain ou graduel? Laquelle ?		
4. Avez-vous remarquez un changement dans votre état de santé? Vertiges ? Nausées ? Étourdissements ?		
5. Portez-vous des prothèses auditives?		
6. Application d'huile ? Depuis quand ? Quelle solution ?		
7. Antécédents médicaux pertinents ? Anticoagulants ?		

QUESTIONNAIRES DES CONTRE-INDICATIONS	OREILLE DROITE	OREILLE GAUCHE
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. Avez-vous subi un traumatisme crânien ou cervical récent? Si oui, quand?		
6. Avez-vous une maladie de l'oreille, otite, infection, tumeur? Si oui, laquelle? Depuis quand? Quel traitement ?		
7. Avez-vous des vertiges, cholestéatomes, labyrinthite, etc? Si oui, depuis quand? Êtes-vous traité?		
8. Présentez-vous de la douleur à l'oreille (Otalgie)? Si oui, depuis quand? Qu'elle sorte? Localisation? Présence d'irradiation? Douleur soudaine ou graduelle? Fréquence? Durée? Facteurs déclenchants? Facteurs de soulagement?		
9. Avez-vous de la fièvre? Si oui, depuis quand?		
10. Avez-vous des écoulements de l'oreille (otorrhée) ou saignements? Si oui, depuis quand? Quelle couleur?		
11. Avez-vous des tubes trans-tympaniques?		
CONSENTEMENT		
<p>Je _____, consens à me faire prodiguer le nettoyage des oreilles. Je confirme avoir reçu toute l'information quant aux risques de complications (ex: perforations, infections, otites, effets secondaires incluant nausées, vertiges, sensibilité et rougeurs) et les contre-indications du lavage d'oreille avec irrigation 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 Tikit santé. Je reconnais qu'il y aura des frais au lavage d'oreille même si celui-ci est inefficace. Au besoin, j'autorise l'infirmière à transmettre ces informations à tout autre professionnel de la santé.</p>		
Signature du client :	Date :	
Signature du témoin :	Date :	