

N° de dossier :	N° de décision :
-----------------	------------------

N°(s) matricule(s) :
----------------------

**Questionnaire médical : affections gastro-intestinales**

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
------------------	----------	---------------------

Nom du médecin :	Date de l'examen :
------------------	--------------------

**DIAGNOSTIC MÉDICAL LIÉ À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION ET POUR LESQUELLES IL FAUT UN EXAMEN :**

1. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

2. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

3. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

**Anciens Combattants Canada a besoin de renseignements très précis pour évaluer l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension du client. Comme ces renseignements ne font pas nécessairement partie des données figurant au dossier clinique, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.**

**Ne remplissez que les sections pertinentes.**

**Si vous avez besoin de plus d'espace pour consigner les renseignements fournis, veuillez utiliser la feuille réservée aux « commentaires additionnels ».**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Décrivez les symptômes persistants en indiquant la fréquence et la durée, de même que les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement.**

Lésions?  Oui  Non      **Précisez (en indiquant les dates)**

D'autres consultations ou tests de diagnostic sont-ils en cours ou prévus?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez la nature du test et/ou de la consultation ainsi que la date du rendez-vous (si vous la connaissez).

**Changement de poids :**

Poids pré-morbide \_\_\_\_\_ Poids actuel \_\_\_\_\_

\* Le poids pré-morbide est le poids préalable à toute perte pondérale occasionnée par l'affection gastro-intestinale ouvrant droit à pension/faisant l'objet de la demande.

Ce changement de poids est-il entièrement causé par l'affection gastro-intestinale ouvrant droit à pension?  Oui  Non

Dans la négative, le changement de poids est-il en partie causé par l'affection gastro-intestinale ouvrant droit à pension?  Oui  Non

Veuillez indiquer tout autre facteur contributif ou affection en cause, s'il y en a, et l'importance de leur rôle dans la perte pondérale.

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

**Affections liées à l'ingestion, à la nutrition et à l'excrétion :**

Existe-t-il des preuves de ce qui suit? Choisir l'énoncé le plus approprié :

**Ingestion :**

Commentaires (précisez les complications) :

- une certaine difficulté à mastiquer ou à avaler  
 une grande difficulté à mastiquer ou à avaler  
 dysphagie (1 dilation par année)  
 dysphagie (2-3 dilations par année)  
 dysphagie (4-5 dilations par année)  
 dysphagie (6 dilations ou plus par année)  
 autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**Nutrition :** cocher toutes les cases qui s'appliquent :

Commentaires (précisez les complications) :

- malabsorption  
 carences nutritionnelles  
 symptômes maîtrisés par la diétothérapie et la pharmacothérapie  
 symptômes non maîtrisés par la diétothérapie et la pharmacothérapie  
 oesophagostomie et gastrostomie  
 iléostomie et jéjunostomie  
 légères modifications du régime alimentaire, nécessité d'éviter certains aliments  
 diète spécifique requise (faible en matières grasses, en sel, en cholestérol)  
 diète d'exclusion prescrite (aliments mous ou semi-solides) ou restrictions alimentaires importantes (p. ex. diète sans gluten)  
 diète limitée à des aliments liquides ou en purée  
 autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Veuillez décrire toutes les preuves de maladie en évolution. Veuillez indiquer tous les symptômes localisés et systémiques, en précisant leur sévérité et leur fréquence.

**Excrétion :**

Commentaires (précisez les complications) :

- constipation occasionnelle, aucun traitement requis  
 constipation, besoin de traitement occasionnel  
 constipation persistante, besoin de traitement régulier  
 incontinence anale, associée à des taches occasionnelles, aucune serviette absorbante requise  
 incontinence anale, nécessitant de fréquents changements de sous-vêtements ou le port de 1-4 serviettes absorbantes par jour  
 incontinence anale nécessitant > 4 serviettes absorbantes par jour  
 incontinence anale, perte complète du contrôle sphinctérien  
 colostomie  
 autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**Affections liées à la cavité buccale et à l'oesophage :**

Veuillez décrire la déficience du client.

**Reflux gastro-oesophagien :**

- hernie hiatale asymptomatique; sans reflux  
 léger ou occasionnel, avec/sans hernie hiatale, sans médicaments  
 modéré, avec/sans hernie hiatale; symptômes bénins fréquents nécessitant des médicaments presque tous les jours

**Oesophagite (maladie évolutive) :**

- symptômes tous les jours, malgré la prise régulière de médicaments  
 évolutive, avec complications, visible à l'endoscopie

**Spasme oesophagien (douleur rétrosternale) :**

- symptômes occasionnels, nécessitant un traitement presque tous les jours  
 symptômes fréquents malgré la prise quotidienne de médicaments

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

**Affections liées à l'estomac et au duodénum :**

**Ulcère gastro-duodéal :**  Ne s'applique pas

Cochez l'énoncé qui décrit le mieux l'affection du client (ulcère gastroduodéal)?

- actuellement non évolutif et asymptomatique, sans restrictions alimentaires ni médication
- nécessite des restrictions alimentaires continues et la prise régulière d'une dose complète de médicaments anti-ulcéreux (de prescription ou en vente libre)
- symptômes fréquents nécessitant des restrictions alimentaires constantes et la prise régulière d'une dose complète de médicaments anti-ulcéreux de prescription
- opéré

Y a-t-il présence de symptômes et/ou de complications malgré des restrictions alimentaires strictes et une dose complète de médicaments anti-ulcéreux de prescription?  Oui  Non

Dans l'affirmative veuillez indiquer quels sont les symptômes ou complications. Cochez toutes les cases pertinentes.

- épisodes hémorragiques récurrents
- épisodes récurrents d'obstruction à la sortie
- syndrome de chasse persistant
- autre, \_\_\_\_\_ . Veuillez décrire :

Dyspepsie/gastrite :  Ne s'applique pas

État actuel :

- symptômes, accompagnés de nausées, vomissements et/ou douleurs abdominales occasionnels
- symptômes, accompagnés de nausées ou vomissements fréquents
- symptômes, accompagnés de nausées ou vomissements presque tous les jours
- autre, \_\_\_\_\_ Veuillez décrire :

Veuillez décrire le traitement requis.

Veuillez indiquer dans quelle mesure l'affection est maîtrisée.

**Affections liées à l'intestin et au gros intestin :**

**Maladie de Chron/colite ulcéreuse :**  Ne s'applique pas

Nature de l'affection :

- symptômes assez bien maîtrisés par la diétothérapie et la thérapie médicale
- symptômes modérés et certaines carences nutritionnelles, malgré la diétothérapie et le traitement médical
- symptômes sévères répondant peu à la diétothérapie et au traitement médical

Nombre d'exacerbations aiguës par année :  1  2-3  4-5  > 5

État de santé du client entre les exacerbations :

- bon
- déficit nutritionnel, état de santé simplement acceptable pendant les rémissions
- aucun rétablissement complet entre les exacerbations, déficit nutritionnel marqué, anémie nécessitant des transfusions sanguines occasionnelles. traitement intensif et débilité croissante (p. ex. fistules, fièvre)
- symptômes sévères continus malgré un traitement intensif permanent, atteinte étendue allant de l'oesophage à l'anus, résection étendue de l'intestin grêle et adhérences

Affection de l'intestin :  Ne s'applique pas

Précisez l'affection ou les affections. Cochez toutes les cases pertinentes.

- côlon irritable
- diverticulose
- constipation veuillez préciser  Occasionnelle  Fréquente  Quotidienne
- diarrhée veuillez préciser  Occasionnelle  Fréquente  Quotidienne
- douleurs abdominales veuillez préciser  Occasionnelle  Fréquente  Quotidienne

Traitement requis : Cochez toutes les cases pertinentes.

- diétothérapie
- pharmacothérapie

Réaction au traitement :

- maîtrise
- maîtrise partielle
- aucune réaction

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

**Affections liées à l'anus et au rectum :**Affections présentes : Cochez toutes les cases pertinentes.

- marisque(s)
- hémorroïdes, interne/externe    Symptômes     douleur    précisez     occasionnelle ou     persistante  
 saignements    précisez     occasionnels ou     persistants  
 macération cutanée  
 thrombose  
 fissures précisez     intermittentes     récurrentes ou     permanentes
- fistule périnéale    État :     guérie  
 toujours présente
- abcès rectal    État :     opéré, n'a pas réapparu  
 récurrent - traitement chirurgical requis     1-2,     3-4,     >4 fois/année
- fistule anale    État :     guérie, sans écoulement  
 écoulement fécal léger/peu fréquent  
 écoulement fécal fréquent/constant  
 écoulement fécal persistant/abondant
- prurit anal    Traitement :     intermittent  
 continu, permanent
- Macération cutanée/fissures ou saignements malgré un traitement permanent?     Oui     Non
- prolapsus rectal    État :     léger - fuites légères constantes ou modérées occasionnelles  
 modéré - persistant ou souvent récurrent

**Affections liées au foie et à la vésicule biliaire :**Cholécystectomie :  Ne s'applique pas

- asymptomatique
- syndrome post-cholécystectomie, veuillez décrire :

Cholécystopathie :  Ne s'applique pas

Énumérez les symptômes :

- asymptomatique \_\_\_\_\_
- symptômes légers \_\_\_\_\_
- symptômes modérés à sévères \_\_\_\_\_

Précisez vos observations :

Nombre de crises par année :

- ictère     1-2
- colique biliaire     3+
- autre, \_\_\_\_\_

Hépatopathie :  Ne s'applique pas

- aucun signe objectif d'hépatopathie; tests de la fonction hépatique normaux ou légèrement anormaux; nutrition et force suffisantes.
- tests de la fonction hépatique légèrement anormaux; signes cliniques d'hépatopathie mais sans antécédents d'ictère, d'ascite ou d'épisode hémorragique (varices oesophagiennes) au cours des 5 dernières années.
- tests de la fonction hépatique anormaux et présence d'un des signes objectifs suivants - ictère, ascite ou 1 épisode hémorragique (varices oesophagiennes) - au cours des 5 dernières années.
- tests de la fonction hépatique anormaux et présence d'un des signes objectifs suivants - ictère, ascite ou 1 épisode hémorragique - au cours de la dernière année.
- hépatopathie évolutive accompagnée de deux des signes objectifs suivants - ictère persistant, ascite, épisodes hémorragiques (varices oesophagiennes) récurrents et/ou encéphalopathie hépatique.
- hépatopathie évolutive accompagnée de trois des signes objectifs suivants - ictère persistant, ascite, épisodes hémorragiques (varices oesophagiennes) récurrents et encéphalopathie hépatique.
- hépatopathie évolutive accompagnée de tous les signes objectifs suivants - ictère persistant, ascite, épisodes hémorragiques (varices oesophagiennes) récurrents et encéphalopathie hépatique.

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

**Affections liées au pancréas :**Affection du pancréas :  Ne s'applique pas

- Asymptomatique  
 Symptomatique

Si elle est symptomatique, cochez l'énoncé qui décrit le mieux l'affection du client :

- symptômes légers (1 crise par année) de douleurs abdominales sévères et de stéatorrhée, associés à une élévation de l'amylase sérique; aucune déficience résiduelle du pancréas.  
 symptômes modérés (2-3 crises par année) de douleurs abdominales caractéristiques et de stéatorrhée avec rémission satisfaisante dans l'intervalle.  
 symptômes sévères (4-6 crises par année) de douleurs abdominales caractéristiques et syndrome de malabsorption, accompagnés de stéatorrhée; hospitalisations fréquentes au cours de la dernière année.  
 affection sévère et invalidante accompagnée de crises récurrentes fréquentes (plus de 6 par année), de douleurs abdominales caractéristiques presque ininterrompues; stéatorrhée, malabsorption, diarrhée et malnutrition sévère.

**Traitement :**

- pancréatectomie partielle  
 soulagement partiel procuré par des suppléments d'enzymes pancréatiques  
 hospitalisations fréquentes au cours de la dernière année  
 pancréatectomie totale (intervention de Whipple)

**Pseudokyste du pancréas :**  Ne s'applique pas

- traitement conservateur  
 besoin d'une décompression chirurgicale des structures adjacentes; précisez : \_\_\_\_\_

Commentaires :

**Affections liées aux hernies :****Hernies de la paroi abdominale :**  Ne s'applique pas, passez à la section suivante.

Veuillez décrire (p. ex. degré de protrusion, réductibilité, réparabilité, complications chirurgicales, etc.).

**Hernie Inguinale :**  Ne s'applique pas, passez à la section suivante.

Veuillez décrire (p. ex. degré de protrusion, réductibilité, réparabilité, complications chirurgicales, etc.).

**VEUILLEZ JOINDRE/TRANSMETTRE DES COPIES DES RAPPORTS PERTINENTS (C.-À-D. LES RAPPORTS DE DIAGNOSTIC, DE CONSULTATION, DE CHIRURGIE ET DE LABORATOIRE, AINSI QUE DES DONNÉES SOMMAIRES SUR LES CONGÉS DES HÔPITAUX)**

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
<b>TRAITEMENT :</b> Veuillez fournir une liste exhaustive des médicaments (précisez la posologie, la fréquence, la durée, la voie d'administration et la réaction du client au traitement) ainsi qu'une description de toute chirurgie, hospitalisation et toute autre thérapie (p. ex. physiothérapie).		
<b>COMPLICATIONS :</b> L'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a-t-elle entraîné des complications? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dans l' <u>affirmative</u> , veuillez préciser :		
<b>EXAMEN PHYSIQUE:</b> (remplir uniquement la partie qui porte sur l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension) Taille _____ Poids _____ Tension artérielle _____ Pouls _____ Respiration _____		
<b>ASPECT GÉNÉRAL :</b>		
<b>OBSERVATIONS :</b> Décrire toute observation pertinente.		
<b>SI LES AVQ SONT AFFECTÉES CONTINUUELLEMENT, MALGRÉ UN TRAITEMENT OPTIMAL, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUR LES AVQ.</b>		
<b>AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES :</b> (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à la déficience du patient)		
Signature du médecin :	ACC doit-il être facturé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° de tél. : (     )
Date du jour :		



**Questionnaire médical sur les  
activités de la vie quotidienne (AVQ)**

N° de dossier :	N° de décision :
N°(s) matricule(s) :	

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

**SI APPLICABLE À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION**

**Activités de la vie quotidienne :**

**Veillez décrire l'effet des affections ouvrant droit à pension sur les activités de la vie quotidienne.**

Choisir l'énoncé qui décrit le mieux le niveau de fonctionnement actuel du client pour chacune des activités suivantes :

Activité	Autonome	Autonome (avec aides)	A besoin de rappels, d'incitations, de surveillance	A besoin de beaucoup d'assistance	Totalement dépendant d'autrui
Manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre son bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire sa toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller à la toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se transférer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez préciser (énumérez les aides requises, précisez si la personne peut s'asseoir/se tenir debout sans aide pour exécuter la tâche, s'il y a des risques, si la personne est alitée, etc.) :

**Continence/incontinence :**

Choisir l'énoncé qui décrit le mieux la situation actuelle du client relativement au contrôle de la vessie et des intestins :

	Continence (aucune assistance requise)	Rares accidents la nuit (au plus une fois par semaine)	Des accidents le jour (plus d'une fois par semaine)	Des accidents le jour (besoin de serviettes pour incontinence)	Des accidents le jour (a besoin d'assistance)	Incontinence totale
Vessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intestins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Commentaire :** veuillez indiquer le nombre de serviettes pour incontinence utilisées par jour, s'il y a lieu.

**Capacités locomotrices :** veuillez indiquer si le client a de la difficulté à marcher, la distance de marche et la liste des aides requises.

**Douleur chronique :** veuillez indiquer l'intensité de la douleur, la fréquence, les symptômes et la réaction du client au traitement.

**Commentaires :** prenez soin d'indiquer les autres affections en cause.

Signature du médecin :	Date du jour :
------------------------	----------------

