



OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES EN GMF



L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec a élaboré le présent outil de travail pour soutenir les infirmières auxiliaires dans la collecte de données subjectives en environnement de travail tels les groupes de médecine de famille (GMF).

Lors de l'accueil du patient et avant la consultation avec le médecin, l'infirmière auxiliaire effectue une collecte de données et consigne les données recueillies au dossier médical électronique (DME). Le but de la **collecte de données subjectives systématique** est de préciser la raison de la consultation et de décrire l'état actuel de la personne ainsi que les signes et symptômes qu'elle présente. Dans un deuxième temps, l'infirmière auxiliaire termine la collecte de données par la révision des antécédents, des allergies et de la pharmacothérapie. Elle peut aussi colliger les renseignements quant aux habitudes de vie et à l'environnement du patient. Finalement, l'infirmière auxiliaire procède à la **collecte de données objectives** par la prise des signes vitaux et par ses observations lors de l'entretien avec la personne.

COLLECTE DE DONNÉES SUBJECTIVES

Cette liste de questions n'est pas exhaustive et a pour but d'offrir des pistes à l'infirmière auxiliaire. En ce sens, l'infirmière auxiliaire n'est pas tenue de poser toutes les questions, mais plutôt de s'en inspirer. La séquence des questions peut également varier. L'infirmière auxiliaire adapte les questions en fonction des réponses de la personne en s'assurant de bien faire les liens entre l'ensemble des éléments rapportés par la personne.

PROVOQUÉ/PALLIÉ

P Déterminer les facteurs ayant déclenché les symptômes et/ou la douleur.

- Quelle est la raison de consulter aujourd'hui?
- Décrivez comment cet événement est survenu (accident, blessure, violence, etc.).
- Que faisiez-vous quand le problème est survenu?
- Est-ce que la ou les manifestations se sont présentées au même moment?
- Qu'est-ce qui augmente la ou les manifestations du problème?
- Qu'est-ce qui diminue la ou les manifestations du problème?

QUALITÉ/QUANTITÉ

Q Amener la personne à décrire qualitativement et quantitativement les symptômes et/ou la douleur.

- Dites-moi comment vous vous sentez.
- Décrivez-moi vos symptômes.
- Sur une échelle de 0 à 10, dites-moi l'intensité de vos symptômes et/ou de la douleur (0 = aucune souffrance et 10 = la plus grande souffrance).
- Décrivez la forme de la douleur (ex. : brûlure, chaleur, serrement, battement, point, engourdissement, oppression sourde, démangeaison, etc.).



R	RÉGION/IRRADIATION/ RÉPERCUSSIONS Amener la personne à préciser la région touchée par la douleur et les symptômes ainsi que leurs répercussions.	<ul style="list-style-type: none">• À quel endroit avez-vous le plus de douleur? D'inconfort?• Pointez avec votre doigt l'endroit exact où se situe votre douleur.• Pointez avec votre doigt l'endroit où la douleur a commencé.• Est-ce que cette douleur s'étend ailleurs?• Est-ce que cette douleur ou ces symptômes vous empêchent de vaquer à vos occupations habituelles (ex. : AVQ, AVD, travail et famille)?
S	SIGNES/SYMPTÔMES ASSOCIÉS Valider la présence d'autres signes et symptômes qui accompagnent le problème principal.	<ul style="list-style-type: none">• Ressentez-vous d'autres malaises ou sensations inhabituels?
T	TEMPS Déterminer le moment exact de l'apparition des symptômes et de la douleur. Déterminer la durée et l'évolution des symptômes et/ou de la douleur.	<ul style="list-style-type: none">• Depuis quand avez-vous cette douleur et ces symptômes?• Combien de temps durent les épisodes de douleur?• Combien de temps durent les symptômes associés à la douleur?• Est-ce que vous avez déjà eu ce type de douleur?• Si oui, combien de temps dure habituellement ce problème?
U	(UNDERSTAND) PERCEPTION DE LA PERSONNE DE SON PROBLÈME Amener la personne à exprimer la signification de ses symptômes et/ou de sa douleur.	<ul style="list-style-type: none">• De quel problème s'agit-il, selon vous?
A	ALLERGIES ET INTOLÉRANCES Recenser les allergies et les intolérances avec leurs réactions	<ul style="list-style-type: none">• Avez-vous des allergies (allergènes + réactions) à des aliments, médicaments, animaux, insectes, produits chimiques, etc.?• Avez-vous des intolérances à des médicaments ou à des aliments (médicament ou aliment + type de réaction)?• Avez-vous déjà eu une réaction allergique? Si oui, décrivez votre réaction allergique.
M	MÉDICATION ET TRAITEMENTS À partir du profil pharmacologique au DSQ, vérifier avec la personne s'il y a des modifications/ajouts/retraits de médicaments et recenser les traitements en cours HABITUDES DE VIE Recenser les habitudes de consommation de la personne par rapport à certains produits	<ul style="list-style-type: none">• Avez-vous cessé de prendre certains de vos médicaments?• Est-ce que vous prenez vos médicaments tels qu'ils sont prescrits?• Prenez-vous des médicaments prescrits ou d'autres médicaments qui ne sont pas sur cette liste (ex. : analgésiques, sirops, crèmes, onguents, inhalateurs, etc.)?• Êtes-vous suivi pour des soins d'une ou de plusieurs plaies?• Avez-vous besoin d'oxygène?• Suivez-vous un traitement particulier?• Prenez-vous des vitamines? Si oui, à quelle fréquence?• Prenez-vous des produits naturels? Si oui, à quelle fréquence?• Fumez-vous, (cigarette, cigare, vapoteuse)? Si oui, à quelle fréquence?• Buvez-vous du café? Si oui, combien par jour?• Buvez-vous de l'alcool? Si oui, combien par semaine?• Consommez-vous des drogues? Si oui, à quelle fréquence? Que consommez-vous?



P	PASSÉ/ANTÉCÉDENTS (MÉDICAUX, CHIRURGICAUX ET FAMILIAUX) Recenser et mettre à jour les antécédents médicaux et chirurgicaux de la personne	<ul style="list-style-type: none">• Avez-vous des problèmes de santé (ex. : maladies actuelles et maladies chroniques, cancer) ?• Avez-vous déjà eu des problèmes de santé dans le passé (maladies antérieures terminées qui n'ont pas d'impact sur l'état actuel de la personne) (ex. : diagnostic de diverticulite aiguë + année) ?• Avez-vous subi des interventions chirurgicales (type de chirurgie + année)?• Est-ce que dans votre famille il y a des problèmes de santé connus (lien parental + maladie + âge) (ex. : mère : infarctus à 65 ans)?
L	(LAST MEAL) DERNIER REPAS Vérifier comment l'état actuel de la personne modifie son alimentation	<ul style="list-style-type: none">• Quand avez-vous bu ou mangé pour la dernière fois?• Qu'avez-vous bu et/ou mangé (quantité et type d'aliment)?
E	ENVIRONNEMENT/SITUATION PSYCHOSOCIALE À partir du dossier de la personne, mettre à jour l'information concernant son milieu de vie et sa situation psychosociale	<ul style="list-style-type: none">• Est-ce que vous êtes sur le marché du travail?• Quelle est votre occupation?• Quelle est votre situation de vie (célibataire, en couple, séparé, etc.)?• Habitez-vous seul?• Où habitez-vous (logement, maison, étage avec escalier, etc.)?• Avez-vous des enfants? Si oui, combien? Quel âge ont-ils?• Est-ce que vous vivez une ou des situations stressantes?• Êtes-vous bien entouré?• Avez-vous des proches aidants? Qui sont-ils?• Avez-vous quelqu'un à qui vous pouvez parler de vos préoccupations?