

# Le questionnaire médical

The image shows a software menu with the following items:

- Outils** ?
  - Sa...arde
  - Cot...ns
  - Non...clatures
  - Jours fériés non légaux
  - Matéiovigilance et stock
  - Matériaux prothétiques
  - Dispositifs médicaux
  - fichier des Prescriptions
  - Autres paramètres**
  - D...ments types
  - fo...Laires types
  - Er...s types
  - Import de tables SESAM-Vitale
  - Tables de convention de tiers-payant
  - Configuration Sesam Vitale
  - proFils utilisateurs
  - coordonnées SCM
  - Configuration du poste
  - Raccourcis claviers
  - Code de débridage
  - Recherche médico-légale
- Codes postaux
- Liens familiaux
- Pharmaco-vigilance
- Questionnaire médical**

Red arrows indicate the navigation path: from 'Outils' to 'Autres paramètres' to 'Questionnaire médical'.

⇒ Cette fonction permet de créer, modifier et paramétrer des questionnaires médicaux afin de déterminer les antécédents pathologiques des patients



Quitter



Nouveau



Sélectionner



Sauver



Enregistrer sous ...



Détruire



Banque de données 'Claude Bernard'



Glossaire

Nombre d'exemplaires: 1

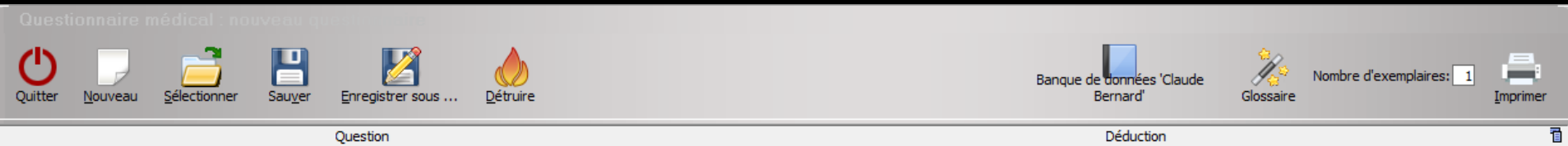


Imprimer

Question

Déduction

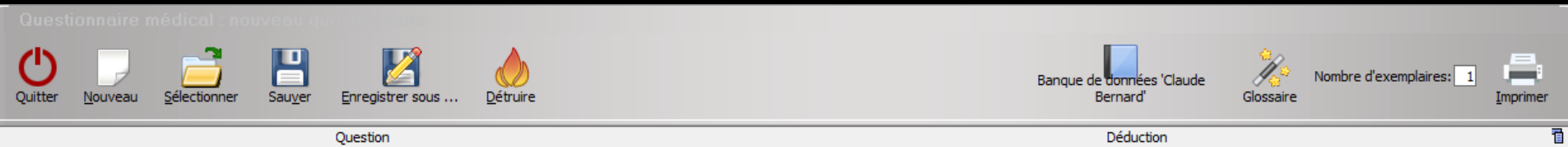
Ouverture de la fenêtre



# Les icônes dans la partie supérieure gauche



⇒ "Quitter" : pour quitter la fenêtre des questionnaires médicaux



# Les icônes dans la partie supérieure gauche

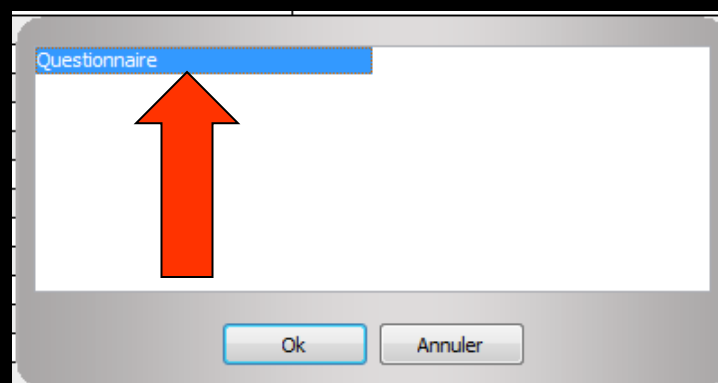


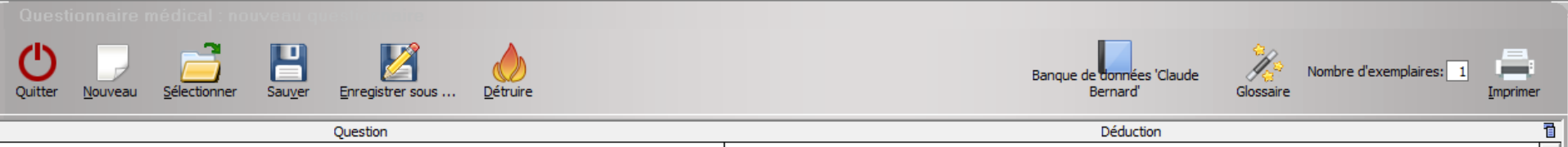
- ⇒ **"Nouveau"** : pour créer un nouveau questionnaire médical selon vos besoins
- ⇒ LOGOSw est livré avec un questionnaire type

# Les icônes dans la partie supérieure gauche

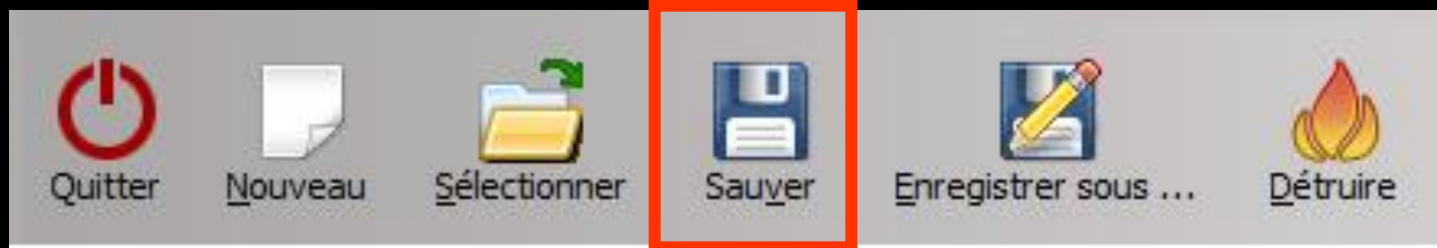


⇒ "Sélectionner" : pour sélectionner, pour charger un questionnaire type





# Les icônes dans la partie supérieure gauche



⇒ **"Sauver"** : Lorsque un questionnaire a déjà été nommé, **"Enregistrer"** permet de sauver les éventuelles modifications du questionnaire

# Les icônes dans la partie supérieure gauche



⇒ **“Enregistrer sous”** : permet de **renommer** un questionnaire déjà créé, pour servir, par exemple, de base à un nouveau questionnaire en évitant de tout ressaisir



1. Avez-vous déjà eu une crise cardiaque
- pendant les six derniers mois ?
  - avez-vous encore des complications ?
  - avez-vous encore des douleurs ?
  - prenez-vous des anticoagulants ?
  - prenez-vous des produits à base d'aspirine
2. Éprouvez-vous des douleurs de poitrine pendant un effort
- êtes-vous obligé de réduire votre activité ?
  - ressentez-vous une gêne au repos ?
  - les douleurs ont-elles augmenté ces derniers mois ?
- 3a. Avez-vous un souffle cardiaque ou un problème de valve cardiaque ?
- en souffrez-vous ?
  - prenez-vous des anticoagulants ?
  - prenez-vous des produits à base d'aspirine ?
  - avez-vous besoin d'une couverture antibiotique avant un traitement dentaire ?
- 3b. Avez-vous une prothèse de valve cardiaque ?
- avez-vous besoin d'une couverture antibiotique avant un traitement dentaire ?
4. Avez-vous subi une opération du coeur ?
- était-ce un pontage ?
  - était-ce un stent ?
  - la pose d'une valve artificielle
  - souffrez-vous toujours d'angine de poitrine ?
  - prenez-vous des anticoagulants ?

On lui donne un nom

Nom: Questionnaire2

Ok

Annuler

- 5.
- 6a. Avez-vous des battements de coeur irréguliers ?
- 6b. Ou bien des palpitations au repos ?
- prenez-vous des anticoagulants ?
  - prenez-vous des produits à base d'aspirine ?
  - êtes-vous obligé de réduire vos activités, de vous asseoir ou de vous coucher pendant des palpitations ?
  - êtes-vous essouffé, pâle ou étourdi à certains moments, en particulier à l'effort ?
7. Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque ?
- vos chevilles enflent-elles pendant la journée ?
  - êtes-vous obligé d'uriner plus de 2 fois pendant la nuit ?
  - utilisez-vous plus de deux oreillers pour dormir ?
  - êtes-vous obligé de vous reposer après avoir monté une vingtaine de marches par manque de souffle ?
  - vous est-il arrivé de vous réveiller la nuit à court de respiration ?
8. Avez-vous déjà eu une parésie, une paralysie ou une difficulté d'élocution ?
- prenez-vous des anticoagulants ou des produits à base d'aspirine ?
  - les symptômes ont-ils disparus dans les 24 heures ?
  - avez-vous eu un accident cardio-vasculaire cérébral pendant les 6 derniers mois ?
9. Êtes-vous traité pour l'épilepsie ?
- votre médecin doit-il souvent changer le traitement ?
  - avez-vous toujours des crises ?
10. Souffrez-vous de brachy ?

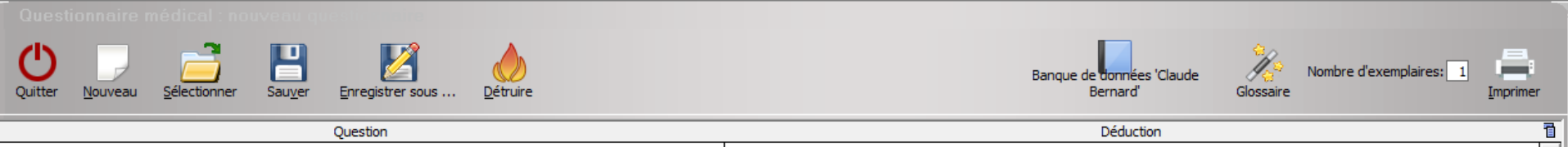
Troubles du rythme  
 Troubles du rythme  
 Anticoagulants  
 Aspirine  
 Troubles du rythme  
 Troubles du rythme  
 Insuffisance cardiaque  
 Insuffisance cardiaque  
 Insuffisance cardiaque

Questionnaire  
 Questionnaire2

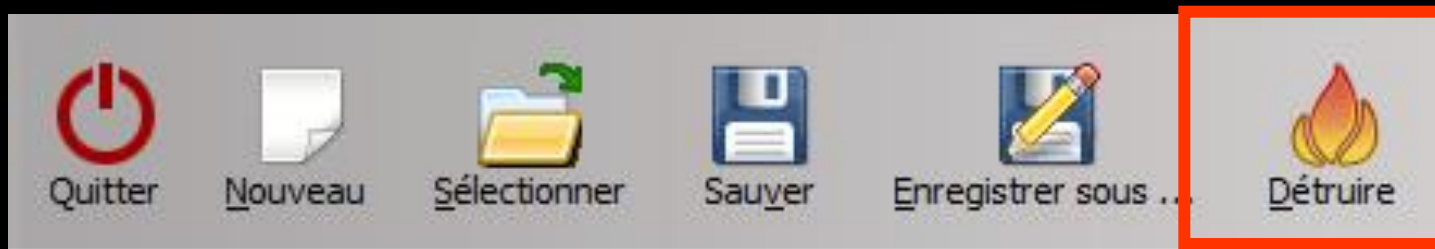
Un questionnaire similaire au premier sera créé et pourra être modifié sans tout ressaisir

Ok

Annuler

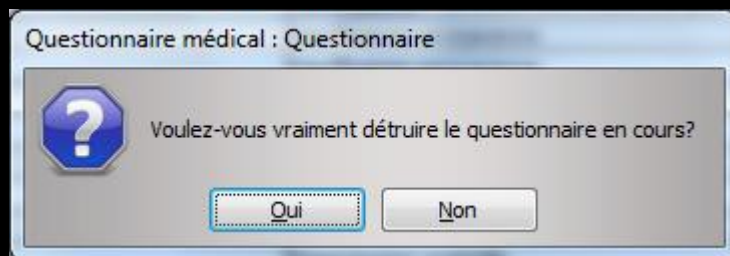


# Les icônes dans la partie supérieure gauche



⇒ **“Détruire”** : pour détruire un questionnaire type

⇒ Une confirmation vous sera demandée avant destruction





Quitter



Nouveau



Sélectionner



Sauver



Enregistrer sous ...



Détruire



Banque de données 'Claude Bernard'



Glossaire

Nombre d'exemplaires: 1

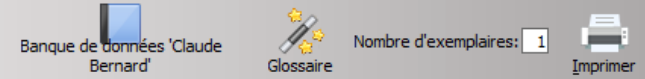


Imprimer

Question

Déduction

Dans la partie centrale une table comportant deux colonnes



Question

Déduction

**QUESTION** : c'est la question que vous devrez poser au patient sur ses antécédents → question à laquelle il est possible de répondre par oui ou par non



Quitter



Nouveau



Sélectionner



Sauver



Enregistrer sous ...



Détruire

Banque de données 'Claude  
Bernard'

Glossaire

Nombre d'exemplaires: 1



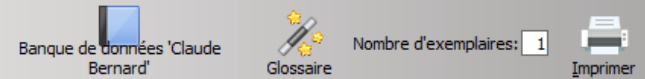
Imprimer

Question

Déduction

**DEDUCTION** : c'est ce qui, en terme de pathologie, pourra être déduit si la réponse à la question est positive. Vous pouvez choisir et modifier ces déductions en fonction de vos habitudes de travail. Si cette déduction ne figure pas dans le fichier de pharmacovigilance, LOGOSw vous proposera de l'y inclure (cf. Pharmacovigilance )

Questionnaire médical : Questionnaire



Question	Déduction
1. Avez-vous déjà eu une crise cardiaque	Problèmes cardiaques
- pendant les six derniers mois ?	Problèmes cardiaques
- avez-vous encore des complications?	Problèmes cardiaques
- avez-vous encore des douleurs?	Problèmes cardiaques
- prenez-vous des anticoagulants?	Anticoagulants
- prenez-vous des produits à base d'aspirine	Anticoagulants
2. Éprouvez-vous des douleurs de poitrine pendant un effort ?	Angor
- êtes-vous obligé de réduire votre activité ?	Angor
- ressentez-vous une gêne au repos ?	Angor
- les douleurs ont-elles augmenté ces derniers mois ?	Angor
3a. Avez-vous un souffle cardiaque ou un problème de valve cardiaque ?	Valvulopathie
- en souffrez-vous ?	Valvulopathie
- prenez-vous des anticoagulants ?	Anticoagulants
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	Aspirine
- avez-vous besoin d'une couverture antibiotique avant un traitement dentaire	Valvulopathie
3b. Avez-vous une prothèse de valve cardiaque ?	Valvulopathie
- avez-vous besoin d'une couverture antibiotique avant un traitement dentaire ?	Valvulopathie - nécessite une antibiothérapie
4. Avez-vous subi une opération du coeur ?	Insuffisance coronarienne
- était-ce un pontage ?	Insuffisance coronarienne
- était-ce un stent ?	Insuffisance coronarienne
- la pose d'une valve artificielle	Valvulopathie
- souffrez-vous toujours d'angine de poitrine ?	Angor
- prenez-vous des anticoagulants ?	Anticoagulants
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	Aspirine
5. Avez-vous de l'hypertension ?	Hypertension artérielle
- la tension maximale est-elle de 20 ou plus ?	Hypertension artérielle
- la tension minimale est-elle de 9.5 ou plus?	Hypertension artérielle
- la tension minimale est-elle de 11.5 ou plus ?	Hypertension artérielle
6a. Avez-vous des battements de coeur irréguliers ?	Troubles du rythme
6b. Ou bien des palpitations au repos ?	Troubles du rythme
- prenez-vous des anticoagulants ?	Anticoagulants
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	Aspirine
- êtes-vous obligé de réduire vos activités, de vous asseoir ou de vous coucher pendant des palpitations ?	Troubles du rythme
- êtes-vous essoufflé, pâle ou étourdi à certains moments, en particulier à l'effort ?	Troubles du rythme
7. Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque ?	Insuffisance cardiaque
- vos chevilles enflent-elles pendant la journée ?	Insuffisance cardiaque
- êtes-vous obligé d'uriner plus de 2 fois pendant la nuit ?	Insuffisance cardiaque
- utilisez-vous plus de deux oreillers pour dormir ?	Insuffisance cardiaque
- êtes-vous obligé de vous reposer après avoir monté une vingtaine de marches par manque de souffle ?	Insuffisance cardiaque
- vous est-il arrivé de vous réveiller la nuit à court de respiration ?	Insuffisance cardiaque
8. Avez-vous déjà eu une parésie, une paralysie ou une difficulté d'élocution ?	Insuffisance vasculaire cérébrale
- prenez-vous des anticoagulants ou des produits à base d'aspirine ?	Anticoagulants
- les symptômes ont-ils disparus dans les 24 heures ?	Insuffisance vasculaire cérébrale
- avez-vous eu un accident cardio-vasculaire cérébral pendant les 6 derniers mois ?	Insuffisance vasculaire cérébrale
9. Êtes-vous traité pour l'épilepsie ?	Epilepsie
- votre médecin doit-il souvent changer le traitement ?	Epilepsie mal équilibrée
- avez-vous toujours des crises ?	Epilepsie mal équilibrée
10. Souffrez-vous de brachite ?	Insuffisance vasculaire



### Saisie des antécédents et états physio-pathologiques

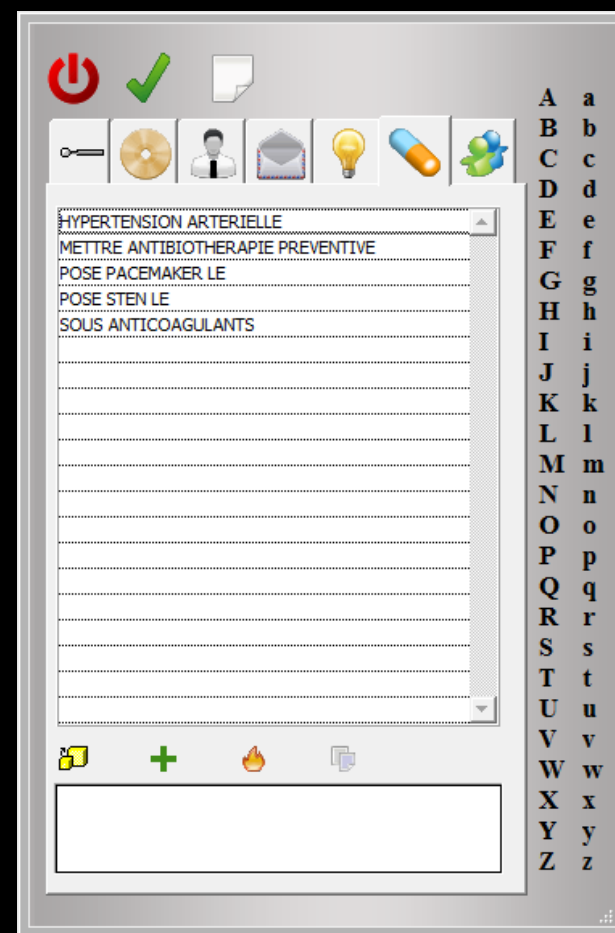
Recherche :  ✓

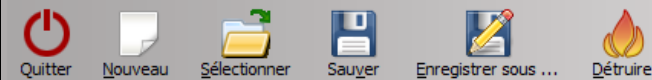
	Termes trouvés	Code CIM10 ▲
CIM10	Hypertélorisme	K76.6
AMM	Hypertension	
AMM	Hypertension artérielle	
AMM	Hypertension artérielle chez l'insuffisant rénal chronique	
AMM	Hypertension artérielle essentielle	
AMM	Hypertension artérielle instable ou mal contrôlée	
AMM	Hypertension artérielle maligne	
AMM	Hypertension artérielle maligne diastolique > à 120 mm Hg	
AMM	Hypertension artérielle maternelle	
AMM	Hypertension artérielle non contrôlée	
AMM	Hypertension artérielle pulmonaire	
AMM	Hypertension artérielle pulmonaire associée à cardiopathie congénitale de type shunt gauche-c	

OK      Annuler



⇒ **"Glossaire"** : dans les zones d'écritures des colonnes, accès au glossaire, pour éviter des frappes de mots ou de phrases pré-enregistrés

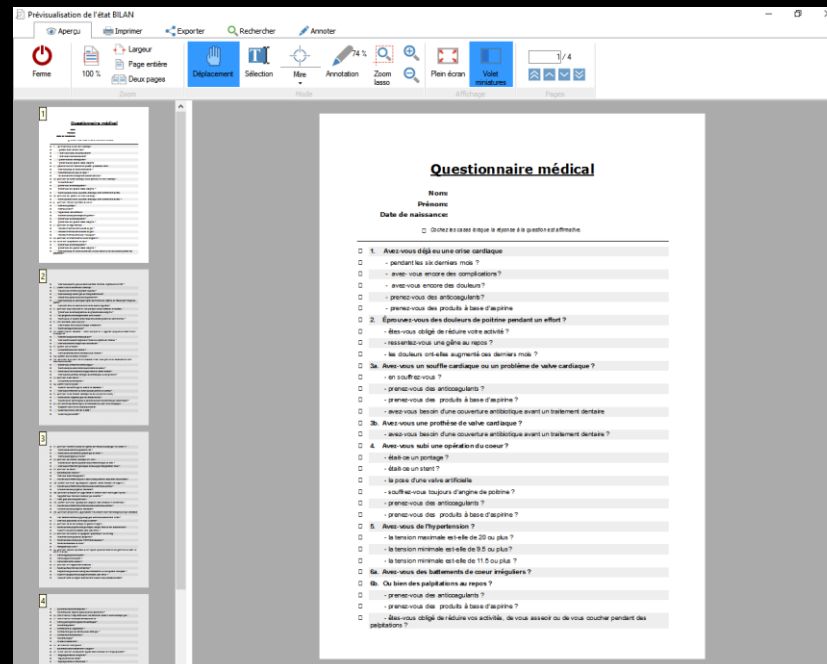




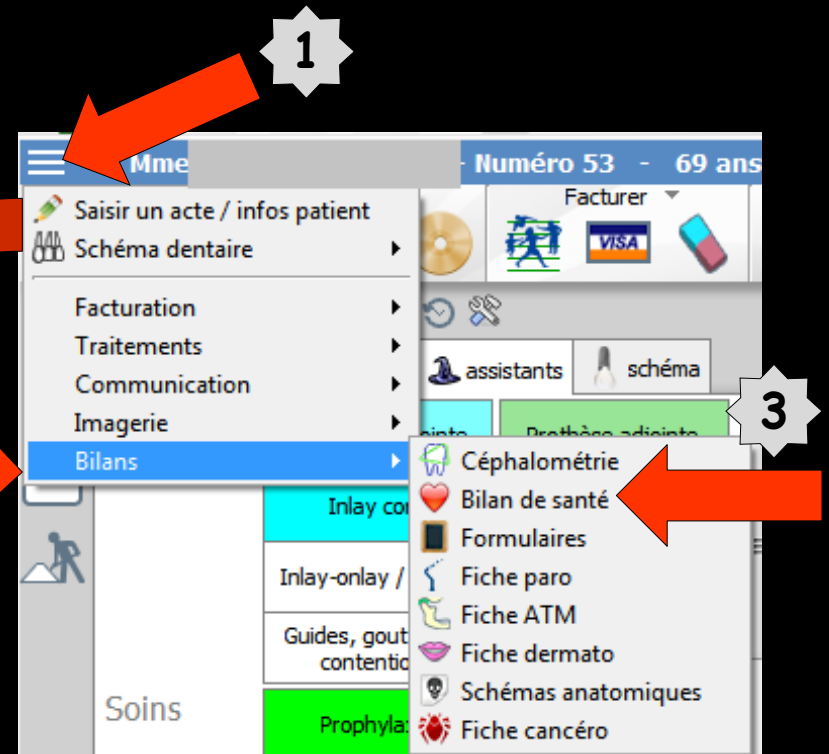
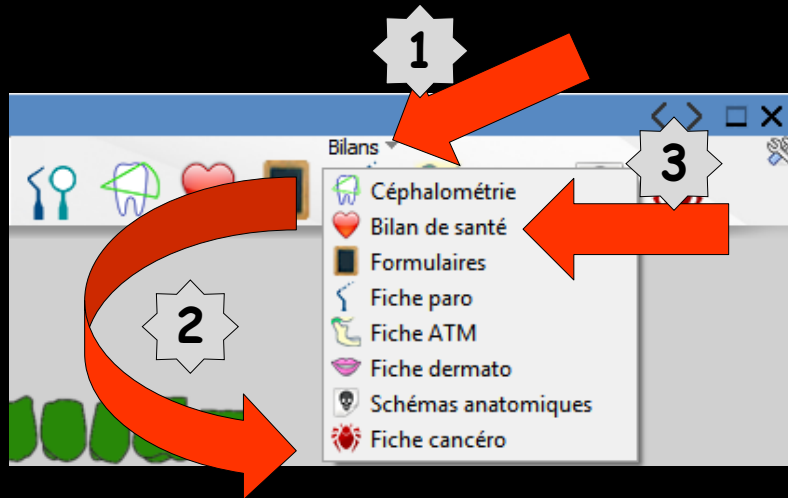
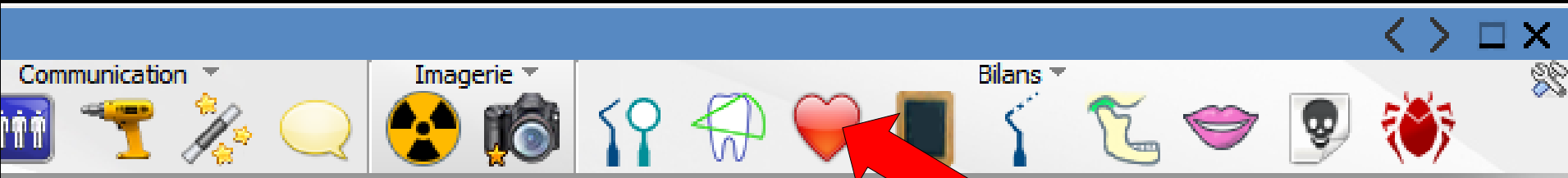
⇒ "Nombre d'exemplaires"

⇒ "Imprimer"

Un clic droit sur l'icône imprimer donne un aperçu avant impression



# À partir de la fiche d'un patient



⇒ On atteint les questionnaires médicaux par l'icône "cœur rouge"



Quitter



Nouveau



Sauver



Suppression

Historique



Quitter



Nouveau



Sauver



Suppression

Nouveau document vierge

1

2

Questionnaire

Ok

Annuler

Déductions

Ajouter aux  
antécédents du  
patient



Quitter



Nouveau



Sauver



Suppression

Historique



1. Avez-vous déjà eu une crise cardiaque	<input type="checkbox"/>
- pendant les six derniers mois ?	<input type="checkbox"/>
- avez-vous encore des complications?	<input type="checkbox"/>
- avez-vous encore des douleurs?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des produits à base d'aspirine	<input type="checkbox"/>
2. Éprouvez-vous des douleurs de poitrine pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous obligé de réduire votre activité ?	<input type="checkbox"/>
- ressentez-vous une gêne au repos ?	<input type="checkbox"/>
- les douleurs ont-elles augmenté ces derniers mois ?	<input type="checkbox"/>
3a. Avez-vous un souffle cardiaque ou un problème de valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/>
- en souffrez-vous ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	<input type="checkbox"/>
- avez-vous besoin d'une couverture antibiotique avant un traitement dentaire	<input type="checkbox"/>
3b. Avez-vous une prothèse de valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/>
- avez-vous besoin d'une couverture antibiotique avant un traitement dentaire ?	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous subi une opération du coeur ?	<input type="checkbox"/>
- était-ce un pontage ?	<input type="checkbox"/>
- était-ce un stent ?	<input type="checkbox"/>
- la pose d'une valve artificielle	<input type="checkbox"/>
- souffrez-vous toujours d'angine de poitrine ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous de l'hypertension ?	<input type="checkbox"/>
- la tension maximale est-elle de 20 ou plus ?	<input type="checkbox"/>
- la tension minimale est-elle de 9.5 ou plus?	<input type="checkbox"/>
- la tension minimale est-elle de 11.5 ou plus ?	<input type="checkbox"/>
6a. Avez-vous des battements de coeur irréguliers ?	<input type="checkbox"/>
6b. Ou bien des palpitations au repos ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous obligé de réduire vos activités, de vous asseoir ou de vous coucher pendant des palpitations ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous essouffé, pâle ou étourdi à certains moments, en particulier à l'effort ?	<input type="checkbox"/>
7. Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque ?	<input type="checkbox"/>
- vos chevilles enflent-elles pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous obligé d'uriner plus de 2 fois pendant la nuit ?	<input type="checkbox"/>
- utilisez-vous plus de deux oreillers pour dormir ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous obligé de vous reposer après avoir monté une vingtaine de marches par manque de souffle ?	<input type="checkbox"/>
- vous est-il arrivé de vous réveiller la nuit à court de respiration ?	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà eu une parésie, une paralysie ou une difficulté d'élocution ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants ou des produits à base d'aspirine ?	<input type="checkbox"/>
- les symptômes ont-ils disparus dans les 24 heures ?	<input type="checkbox"/>

**Il suffira de cocher les réponses positives**

Déductions

Ajouter aux antécédents du patient



Quitter



Nouveau

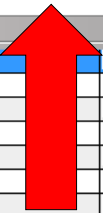


Sauver



Suppression

Historique



1. Avez-vous déjà eu une crise cardiaque	<input type="checkbox"/>
- pendant les six derniers mois ?	<input type="checkbox"/>
- avez-vous encore des complications?	<input type="checkbox"/>
- avez-vous encore des douleurs?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des produits à base d'aspirine	<input type="checkbox"/>
2. Éprouvez-vous des douleurs de poitrine pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous obligé de réduire votre activité ?	<input type="checkbox"/>
- ressentez-vous une gêne au repos ?	<input type="checkbox"/>
- les douleurs ont-elles augmenté ces derniers mois ?	<input type="checkbox"/>
3a. Avez-vous un souffle cardiaque ou un problème de valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/>
- en souffrez-vous ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	<input type="checkbox"/>
- avez-vous besoin d'une couverture antibiotique avant un traitement dentaire	<input type="checkbox"/>
3b. Avez-vous une prothèse de valve cardiaque ?	<input type="checkbox"/>
- avez-vous besoin d'une couverture antibiotique avant un traitement dentaire ?	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous subi une opération du coeur ?	<input type="checkbox"/>
- était-ce un pontage ?	<input type="checkbox"/>
- était-ce un stent ?	<input type="checkbox"/>
- la pose d'une valve artificielle	<input type="checkbox"/>
- souffrez-vous toujours d'angine de poitrine ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous de l'hypertension ?	<input type="checkbox"/>
- la tension maximale est-elle de 20 ou plus ?	<input type="checkbox"/>
- la tension minimale est-elle de 9.5 ou plus?	<input type="checkbox"/>
- la tension minimale est-elle de 11.5 ou plus ?	<input type="checkbox"/>
6a. Avez-vous des battements de coeur irréguliers ?	<input type="checkbox"/>
6b. Ou bien des palpitations au repos ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des produits à base d'aspirine ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous obligé de réduire vos activités, de vous asseoir ou de vous coucher pendant des palpitations ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous essouffé, pâle ou étourdi à certains moments, en particulier à l'effort ?	<input type="checkbox"/>
7. Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque ?	<input type="checkbox"/>
- vos chevilles enflent-elles pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous obligé d'uriner plus de 2 fois pendant la nuit ?	<input type="checkbox"/>
- utilisez-vous plus de deux oreillers pour dormir ?	<input type="checkbox"/>
- êtes-vous obligé de vous reposer après avoir monté une vingtaine de marches par manque de souffle ?	<input type="checkbox"/>
- vous est-il arrivé de vous réveiller la nuit à court de respiration ?	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà eu une parésie, une paralysie ou une difficulté d'élocution ?	<input type="checkbox"/>
- prenez-vous des anticoagulants ou des produits à base d'aspirine ?	<input type="checkbox"/>
- les symptômes ont-ils disparus dans les 24 heures ?	<input type="checkbox"/>

# Historique des questionnaires médicaux du patient

Déductions

Ajouter aux antécédents du patient

# RAPPEL

- ⇒ Aussi sophistiquées soient-elles, les fonctions de pharmacovigilance de LOGOSw ne sauraient en aucun cas se substituer à votre propre vigilance ni à vos connaissances et ne pourraient vous dégager d'aucune de vos obligations en la matière
- ⇒ Par ailleurs les données de départ fournies avec LOGOSw ne constituent qu'une base d'exemple
- ⇒ Elles ne constituent en rien une base de connaissance exhaustive
- ⇒ Aussi, c'est à vous de modifier, à bon escient et sous votre responsabilité, en fonction de vos connaissances médicales, ces outils et données, afin d'en obtenir le service que vous souhaitez

# Pour initiés

⇒ Le questionnaire médical type se retrouve dans

C:\WLOGOS2\PATIENTS

QMTYP.FIC + QMTYP.NDX + QMTYP.MMO

