

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 : _____ Date : _____