



CP5328

ÉVALUATION INITIALE

Informations obtenues par : Usager Proche: _____ Autre : _____

Date d'admission : _____ Chambre : _____

Débutée : Unité de soins h : _____ ÂGE : _____ SEXE : M Provenance : Domicile CH
 CSP Autre _____ F Seul Accompagné par : _____

Sur pieds Chaise roulante Sur civière Ambulance Transport adapté

Raison de l'hospitalisation : _____

Personnes à aviser en cas d'urgence (au moins 2 noms) :

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____ Cell. : _____

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____ Cell. : _____

Médecin de famille : _____ Clinique : _____

Spécialiste : _____ Clinique : _____

Poids et taille contrôlés, voir FS Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Signes vitaux contrôlés, voir FS FC : _____ TA : _____ BD : _____ BG : _____

L'usager a été questionné sur ses antécédents : _____

SÉCURITÉ : Consignes et indications quant au guide de l'usager abordées.
 Usager autonome pour la gestion de ses effets personnels Oui Non

Articles accompagnant l'usager	Gardé par usager	Remis à la famille	Coffre	Articles accompagnant l'usager	Gardé par usager	Remis à la famille	Coffre
Carte ass.-maladie et IUPCQ				Argent (montant)			
Appareils électroniques				Montre <input type="checkbox"/> Bijoux <input type="checkbox"/>			Init

ALLERGIES / INTOLÉRANCE (substances et réactions associées) : _____

_____ Allergies validées par inf. (init.) _____ Bracelet d'allergie installé

👁️ CONDITIONS DE VIE ET PLANIFICATION DU CONGÉ

Vit seul(e) Vit avec (nom, lien) : _____

Capacité d'un membre du réseau de l'usager à aider : Oui _____ Non

Notion d'épuisement du réseau : Oui Non

Milieu de vie : Maison Logement-condo

Ressource publique (CHSLD, RI, RTF)

RPA avec services _____ RPA sans services _____

Autre : _____

Services de la communauté : Privé

CLSC : _____

Soins infirmiers CLSC

Inquiétudes concernant l'hospitalisation, la maladie ou le retour dans son milieu de vie (ex: problèmes financiers, perte d'autonomie, stress, etc.)

Usager : _____

Proche : _____

Planification du congé : Retour milieu de vie non compromis

Retour milieu de vie compromis

Destination au départ autre : _____

Destination au départ inconnue

PHARMACOLOGIE

Prenez-vous des médicaments en vente libre ou des produits naturels ?

Non Oui, _____

Vous arrive-t'il de changer la dose/posologie d'un médicament ?

Non Oui, _____

Avez-vous des médicaments qui sont pris à plus d'un mois d'intervalle ? (ex. injection aux 6 mois)

Non Oui, _____

Si réponse OUI à au moins une question, numériser à la pharmacie

Init

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE

Habitudes	Produits du tabac* (6 derniers mois)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alcool Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Drogues Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Impact au quotidien ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précision	Vapoteuse* : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Désire avoir de l'aide ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

*Si fumeur actif, référer à la cessation tabagique (CP0069) Sommeil réparateur Oui Non

<p> ALIMENTATION / HYDRATATION</p> <p>Diète : N <input type="checkbox"/> Régime imposé : _____ Régime observé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Hydratation : _____ *Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> *Depuis 6 mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Perte : _____ Gain : _____ Prothèses dentaires : S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> En sa possession <input type="checkbox"/> Dents : S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> Peau : Intacte <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Site : _____ Échelle de Braden <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">ÉLIMINATION</p> <p>Vessie : Continent <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Protection : J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Intestins : Continent <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Protection : J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Fréquence habituelle _____ Consistance habituelle _____ Date de la dernière selle : _____ Autres : _____</p>
---	--

<p>COMMUNICATION</p> <p>Vision adéquate Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Usager Famille Lentilles cornéennes <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audition adéquate Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Appareils auditifs G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Élocution adéquate <input type="checkbox"/> Capacité de lire <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"> ÉTAT MENTAL</p> <p>Éveillé <input type="checkbox"/> Orienté TPE <input type="checkbox"/> Alerté <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Pertes de mémoire <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p>COMPORTEMENT :</p> <p>Calme <input type="checkbox"/> Anxieux <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Apathique <input type="checkbox"/> Autres : _____ Troubles neurocognitifs (TNC) connus ou suspectés <input type="checkbox"/> Dépistage délirium <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Init</p>
---	--

Questionnaire sur la santé du patient (QSP-2) pour dépister le risque de dépression
 Au cours des deux dernières semaines :

1-Avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si 1 réponse oui → Avez-vous idées suicidaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, évaluer le COQ.
2-Vous êtes-vous senti triste, déprimé (é) ou désespéré (e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Init

AUTONOMIE FONCTIONNELLE 0: Autonome 1: Stimulation ou supervision 2: Aide partielle 3: Aide totale

Activités	Cote domicile	Cote admission	Précision dans la section de droite si cote 1, 2 ou 3 Analyser le besoin de consultation en physio., ergo., travail social, etc.
-----------	---------------	----------------	--

AVQ :

1. S'alimenter			Dysphagie <input type="checkbox"/>
2. Se laver / s'habiller			
3. Gérer sa médication			Dosette <input type="checkbox"/> Dispill <input type="checkbox"/>

AVD :

4. Faire les courses			
5. Cuisiner			
6. Entretien du domicile			

Mobilisation :

7. Se déplacer			Accessoire : nil <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> marchette <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> prothèses
8. Faire transferts (lit, toilette, ...)			Accessoire appartenant à l'usager en sa possession <input type="checkbox"/> demandé <input type="checkbox"/>
9. Utiliser les escaliers			

Échelle de Morse : Conduite automobile : Oui Non

DÉPISTAGE DE LA VULNÉRABILITÉ

Critères de vulnérabilité :	Oui	Non
1. Risque nutritionnel (si réponse oui aux 2 questions*)		
2. Fragilité cognitive (TNC connu ou suspecté ou dépistage délirium +)		
3. Fragilité psychologique (si réponse oui à 1 question du QSP-2)		
4. Atteinte autonomie AVQ à domicile ou à l'admission		
5. Atteinte autonomie aux mobilisations à domicile ou à l'admission ou risque de chute élevé		
6. Absence de réseau (incluant les proches, CSSS ou RPA) ou réseau incapable d'offrir soutien		
7. Dépendance drogue et / ou alcool		

Résultat : ___ /7. Dépistage positif dès 1 réponse Oui.
 IPLAN: valise **Admission** de votre unité: choisir Dépistage de la vulnérabilité négatif OU Dépistage de la vulnérabilité positif.
 Se référer au document **Aide-mémoire actions à réaliser dépistage vulnérabilité - clientèle hospitalisée.**

Init

DATE	SIGNATURE	INIT.	DATE	SIGNATURE	INIT.