



CP6920

/

OUTIL DÉPISTAGE DE DÉTRESSE (ODD)

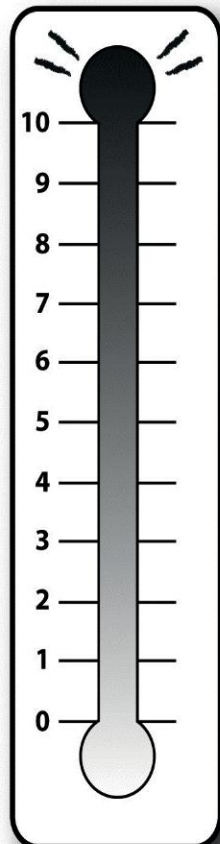
La détresse est une expérience désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement de la personne.

1. THERMOMÈTRE

Comment évaluez-vous votre détresse **durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui ?**

SVP encerclez un chiffre sur le thermomètre.

Détresse extrême



Aucune détresse

2. LISTE DE PROBLÈMES

Cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème **durant la dernière semaine**, incluant aujourd'hui.

PRATIQUE

- Activités / tâches quotidiennes
- Situation financière
- Logement
- Se rendre aux rendez-vous

SOCIAL / FAMILIAL

- Impression d'être un fardeau
- Sentiment de solitude
- Préoccupations envers la famille ou les amis

ÉMOTIONNEL

- Peurs / inquiétudes
- Colère / frustration
- Changement d'apparence
- Intimité / sexualité
- Perte d'intérêt pour les activités habituelles
- S'adapter à la maladie

SPIRITUEL

- Se questionner sur le sens / le but de ma vie
- Se questionner face à la mort
- Foi/croyances

INFORMATION

- Communiquer avec l'équipe soignante
- Comprendre la maladie et les traitements
- Connaître les ressources disponibles
- Prendre une décision face aux traitements

PHYSIQUE

- Concentration / mémoire
- Confusion
- Difficulté à parler
- Maux de tête
- Perte de poids
- Difficulté à avaler
- Toux
- Étourdissement
- Perte équilibre / chute
- Problème de peau

Date :

Année	Mois	Jour

3. NIVEAUX DE SOINS

La discussion sur les niveaux de soins vise à faciliter la communication quand vient le temps de déterminer l'intensité des soins et des traitements qu'une personne gravement malade souhaite recevoir.

Avez-vous des questions sur ce qu'est le niveau de soins ? Oui Non

Aimeriez-vous discuter de votre niveau de soins avec l'équipe traitante ? Oui Non

Si vous pensez qu'il est indiqué de discuter des niveaux de soins, **parlez-en au médecin.**

Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes nommés ci-haut ? Oui Non J'en ai déjà

3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON (VERSION RÉVISÉE)

Encercler le chiffre qui décrit le mieux ce que **vous ressentez présentement**

Aucune douleur	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire douleur possible
Aucune fatigue (fatigue = manque d'énergie)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire fatigue possible
Aucune somnolence (se sentir très éveillé)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire somnolence possible (se sentir très endormi)
Aucune envie de vomir (envie de vomir = nausée)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire envie de vomir possible
Très bon appétit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Aucun appétit
Aucun essoufflement (essoufflement = manque de souffle)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Le pire essoufflement possible
Aucune dépression (dépression = tristesse)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire dépression possible
Aucune anxiété (anxiété = se sentir nerveux)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire anxiété possible
Aucune difficulté de sommeil	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Le pire sommeil possible
Meilleure sensation de bien-être (Bien-être = comment vous vous sentez en général)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Aucune sensation de bien-être

5. CESSATION TABAGIQUE



Est-ce que vous songez à arrêter de fumer ? Oui Non Je ne fume pas

Est-ce que vous souhaitez en discuter avec l'équipe ? Oui Non

Est-ce que vous aimeriez avoir de l'aide pour vous soutenir dans votre arrêt tabagique ? Oui Non

6. INFORMATION ET PRISE DE DÉCISION

Encercler le chiffre qui décrit le mieux :

Le **niveau d'information** que vous voulez recevoir sur votre état de santé.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne veux pas entendre parler de la maladie			Information de base				Je veux tout savoir concernant mon état de santé			

Le **niveau d'implication** que vous aimeriez avoir dans la **prise de décision** concernant vos soins

5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
Je prends seul la décision		Partager la décision				Le médecin prend la décision seul				

Notez les questions que vous aimeriez poser aux membres de l'équipe ou au médecin.

Notes du professionnel : _____

Révisé par : _____

Date :

Année	Mois	Jour