



MOCL160534

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION ET ENSEIGNEMENT EN SOINS INFIRMIERS COMPLÉMENTAIRE AU NID-ÉP

NID-ÉP complété : _____ aaaa/mm/jj

Heure : _____ hh:mm

Nom de l'intervenant : _____ Point de service : _____ S/O

Autre évaluation spécialisée en soins infirmiers complémentaire au NID-ÉP Oui Non Dernière complétion : _____ aaaa/mm/jj

Consigne : Avoir avec vous le formulaire Évaluation NID-ÉP. Cet outil de référence comparatif vous permet d'établir les différences, les ajouts et les retraits de données

MODE D'ÉVALUATION ET ACCOMPAGNEMENT

- Entretien téléphonique Entretien en présentiel Télé-consultation
 Usager seul Usager accompagné : _____

ÉTAT DE L'USAGER

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| Usager semble intoxiqué au passage de l'évaluation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Préciser : _____ |
| Entretien reporté en raison de l'état de l'utilisateur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Préciser : _____ |
| Symptômes de sevrage observable à l'évaluation | <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Léger | <input type="checkbox"/> Sévère |
| | <input type="checkbox"/> CIWA-Ar Score : _____ | <input type="checkbox"/> CIWA-modifiée Score : _____ | |
| | <input type="checkbox"/> CIWA-B Score : _____ | <input type="checkbox"/> COWS Score : _____ | |
| Signes vitaux | <input type="checkbox"/> Voir paramètres fondamentaux (AH-261) | | |
| Usager présente des signes d'hyperactivité du système nerveux sympathique (fréquence cardiaque supérieure à 120/minutes, hypersudation, agitation, nausées) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Préciser : _____ | | | |
| Grossesse actuelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, nombre de semaines : _____ |
| Possibilité de grossesse actuelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, DDM : _____ |

SUIVI ET SOUTIEN

| | | |
|---|--|---|
| Êtes-vous actuellement suivi par une équipe? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Organisme communautaire | <input type="checkbox"/> Médecine de proximité | <input type="checkbox"/> Service de proximité en dépendance |
| <input type="checkbox"/> Pharmacie communautaire | <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> SIDEP <input type="checkbox"/> TAO <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| Recevez-vous actuellement du soutien? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Entourage | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |
| Préciser : _____ | | |
| Coordonnées : _____ | | |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Autorisation verbale de l'utilisateur de communiquer avec l'équipe ou la personne suivante : _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

CONSOMMATION ET ANTÉCÉDENTS

Avez-vous consommé dans les derniers 7 jours toute substance (alcool, opioïdes, médication illicite, drogue, etc.) Oui Non Voir NID-ÉP
Préciser : _____

Avez-vous consommé une substance psychoactive dans le dernier 24 heures?
 Oui Non Voir NID-ÉP
Préciser (type, quantité, voie d'administration, heure de la dernière consommation.) : _____

Avez-vous des antécédents de surdose ou de coma éthylique?
 Oui Non
Préciser : _____

Avez-vous déjà reçu de la Naloxone lors d'une surdose? Oui Non
Date de la surdose: _____

Depuis la dernière évaluation NID-ÉP, avez-vous été traité en gestion de sevrage ou débuté un traitement agoniste aux opioïdes (ex : méthadone, suboxone, kadian, sublocade) Oui Non
Préciser : _____

COMPLICATION DE SEVRAGE D'UN DÉPRESSEUR**Section à compléter lorsque l'usager a mentionné faire usage d'alcool/GHB/benzodiazépine/barbituriques au NID-Ép**

Avez-vous déjà fait des crises convulsives lors d'un sevrage? Oui Non
Préciser : _____

Avez-vous déjà fait un délirium tremens? Oui Non
Préciser : _____

Avez-vous des antécédents d'hallucinose alcoolique? Oui Non
Préciser : _____

Avez-vous associé l'alcool à d'autres dépresseurs (benzodiazépine/GHB/barbiturique) durant les derniers 90 jours? Oui Non
Préciser : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé pour un sevrage de dépresseur? Oui Non
Préciser : _____

Avez-vous des symptômes de sevrage intenses à 12h et moins d'arrêt (besoin de consommer la nuit ou dès le réveil pour contrôler symptômes de sevrage) depuis les 30 derniers jours? Oui Non

UTILISATION D'OPIOÏDE**Section à compléter lorsque l'usager a mentionné faire usage d'opioïde au NID-Ép****➤ Section à compléter si usager est sous traitement TAO ou TAOI ou approvisionnement sécuritaire (safer supply)**

Êtes-vous confortable sur une période de 24h avec votre traitement actuel? Oui Non
Préciser : _____

Votre équipe traitante est-elle informée de votre démarche actuelle? Oui Non

➤ Section à compléter si usager n'est pas sous traitement TAO ou TAOI ou approvisionnement sécuritaire

Depuis combien de temps consommez-vous des opioïdes de façon régulière?: _____

Avez-vous déjà eu un traitement par agoniste aux opioïdes? Oui Non
 Buprénorphine Morphine à libération lente uni-quotidienne
 Méthadone Autre : _____

Suite à votre dernière consommation, après combien de temps des symptômes de sevrage apparaissent?: _____

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs périodes d'abstinence depuis le début de votre consommation? Oui Non
Préciser durée : _____

Qu'est-ce qui vous a aidé à diminuer vos symptômes de sevrage? : _____

Souhaitez-vous amorcer un traitement par agoniste aux opioïdes pour vous accompagner dans l'arrêt ou la diminution de votre prise d'opioïdes? Oui Non S/O

Si vous ne souhaitez pas amorcer un TAO, seriez-vous prêt à envisager le remplacement des substances psychoactives illicites par un approvisionnement sécuritaire? Oui Non S/O

| COMPORTEMENTS À RISQUE | |
|--|--|
| Avez-vous déjà eu un dépistage ITSS? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Date dernier dépistage: <u>aaaa/mm/jj</u> | |
| Est-ce que vous avez eu des relations sexuelles non protégées depuis le dernier dépistage ITSS? Préciser moyen contraceptif : _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O |
| Est-ce que vous avez déjà payé ou reçu de l'argent en échange de contact ou relation sexuelle? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que vous utilisez des drogues par injection ou par inhalation? Préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Est-ce que vous partagez du matériel de consommation? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O |
| Est-ce que vous faites de la réutilisation de matériel ou l'utilisation de matériel non stérile? Préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O |
| <i>Si oui à une de ces question ou à la demande de l'usager, se référer au document d'encadrement clinique de dépistage ITSS de votre établissement.</i> | |

| LÉSIONS ET PLAIES | |
|---|--|
| Particularité observable aux sites injections : Préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O |
| Avez-vous d'autres plaies? Préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

| REPÉRAGE DU RISQUE DE CHUTE | |
|---|---|
| Usager de 65 ans et plus : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Facteurs de risque de chute identifiés selon le questionnaire : Préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

| HISTORIQUE MÉDICAL ET RENDEZ-VOUS À VENIR | |
|--|--|
| ➤ Depuis la dernière évaluation NID-ÉP, est-ce qu'il y a eu : | |
| Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____ |
| Consultation à l'urgence | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____ |
| Opération | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____ |
| Rendez-vous médical | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____ |
| Suivi de grossesse | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____ |
| Rendez-vous avec une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSM) ou en première ligne (IPSPL) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____ |
| ➤ Actuellement : | |
| Êtes-vous en attente de rendez-vous médicaux? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____ |
| Êtes-vous en investigation ou attente de résultats? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____ |

MÉDICAMENT

Depuis la dernière évaluation NID-ÉP, est-ce qu'il y a eu modification de vos médicaments? Oui Non S/O
Préciser : _____

Est-ce qu'il vous arrive de ne pas respecter votre prescription de médicaments? Oui Non S/O
Préciser : _____

Est-ce qu'il vous arrive de prendre des médicaments ou produits naturels en vente libre? Oui Non
Préciser : _____

Médicaments servis par la pharmacie d'officine de l'utilisateur : Tous les jours Une fois par semaine Une fois par mois

Voir profil au dossier santé Québec (DSQ) ou Bilan comparatif de médicament partiel (BCM partiel)

BCM complété : Oui Non S/O

ÉTAT MENTAL

Avez-vous des symptômes dépressifs actuellement ou depuis les deux dernières semaines? Oui Non
Préciser : Tristesse/pleurs Perte de motivation Difficulté/perde de concentration
 Isolement Perte d'énergie Dévalorisation/culpabilité
 Autre : _____

Est-ce que les symptômes sont présents en état d'intoxication? Oui Non

Est-ce que les symptômes sont présents en état de sevrage? Oui Non

Si l'utilisateur a répondu oui à l'une des questions, se référer au document :

Outils de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs QSP-9/PHQ-9

Ressentez-vous de l'anxiété actuellement? Oui Non
Décrivez vos symptômes (*nervosité, pensées obsédantes, malaise, douleur, sécheresse buccale, etc.*) : _____

Quels sont les éléments déclencheurs? _____

Fréquence : _____

REPÉRAGE DU RISQUE SUICIDAIRE ET HOMICIDAIRE

Indices de vulnérabilité au suicide : _____

Réponses aux 3 questions du repérage suicidaire : _____

Résultat : Positif Négatif

Actions effectuées : _____

Se référer au document PRO-10234-Prévention du suicide-Annexe E

Avez-vous des idées homicidaires actuellement? Oui Non
Préciser : _____

Si oui, compléter le document : *Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide (AH-619) ou référer l'utilisateur à une personne habilitée.*

FONCTION COGNITIVE

Niveau de concentration : Concentré Distract Difficulté à comprendre les questions

Diminution de la mémoire : Aucune Immédiate Récente Long terme

Niveau d'orientation : -Espace Orienté Hésitant Désorienté

-Temps Orienté Hésitant Désorienté

-Personne Orienté Hésitant Désorienté

Nom, prénom :

#Dossier :

RÉFÉRENCE ACTUELLE

Clinique sans rendez-vous Guichet santé mentale Dentiste SIDEP IPSM IPSPL GAMF GMF

CLSC : Site _____ Motif _____

Accueil centralisé Soins courants SIPPE OLO

Urgence santé (911)

Service traitement agoniste aux opioïdes (TAO) ou traitement agoniste aux opioïdes injectable (TAOI) : _____

Ressource en travail de rue (organisme communautaire) : _____

Autre : _____

Prise de rendez-vous : Oui Non

Préciser : _____

SUIVI À PRÉVOIR DANS LE CONTINUUM DE L'USAGER

INTERVENTION

Dépistage ITSS Vaccination Prescription de TRN Test de grossesse

Enseignement *préciser* : _____

Autre : _____

DÉMARCHE

Préciser : _____

RÉFÉRENCE

Préciser : _____

Signature de l'infirmière : _____

Date : ____/____/____