



MOCLI60277

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

**ADMISSION
HÉBERGEMENT DÉPENDANCE**

INFORMATIONS RELATIVES À L'ADMISSION

Date d'admission: _____ Heure : _____ Date de départ prévue : _____
Nom, prénom de la personne à contacter en cas d'urgence : _____
Numéro de téléphone : _____ Lien avec l'utilisateur : _____
Carte RAMQ mise au dossier : ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O. : _____

RÉFÉRENT

☐ Liaison hospitalière ☐ Passerelle ☐ Service externe Préciser provenance : _____
☐ Usager admis ou inscrit au centre hospitalier Préciser durée du séjour : _____

MOTIF D'ADMISSION

☐ Sevrage ROH ☐ Sevrage benzodiazépine ☐ Sevrage GHB ☐ TAO (complétez CLI-60674) ☐ Autre : _____
☐ Arrêt d'agir : _____ ☐ Récupération physique post-sevrage ☐ Réadaptation : _____
☐ Autre séjour interne prévu : _____ Date d'admission prévue : _____ aaaa/mm/jj

ETAT DE L'USAGER À L'ADMISSION

Usager semble intoxiqué à l'évaluation : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Symptômes de sevrage observable à l'évaluation ☐ Aucun ☐ Léger ☐ Sévère
☐ CIWA-Ar Score: _____ ☐ COWS Score : _____
Usager présente des signes d'hyperactivité du système nerveux sympathique (fréquence cardiaque supérieure à 120/minutes, hypersudation, agitation, nausées) ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Échelle de somnolence (0 – 2) _____
Légende : Échelle de somnolence (CHUM, 2009) : 0-AUCUNE: Alerte; 1-LÉGER: Parfois somnolent, éveil facile;
2-MODÉRÉE: Somnolent, s'éveille mais s'endort durant la conversation.

CONSOMMATION

(Se référer au NiD-ÉP : Niveau de désintoxication : Évaluation par les intervenants psychosociaux)

ALCOOL

7 derniers jours

Indiquer les jours où il y a eu consommation et inscrire le nombre de consommations standards par jour

Quantité	24 h	2	3	4	5	6	7	Moyenne/jr

Type d'alcool consommé régulièrement : _____

Dernière consommation Date : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm

Type d'alcool consommé : _____

Consommation régulière débutée à l'âge de : _____ ans

Consommations matinales _____ / 7 jours Consommations nocturnes _____ / 7 jours

Black-out : trouble de mémoire lié à l'intoxication (fréquence, depuis quand) : _____

Symptômes de sevrage : délais d'apparition habituels après la dernière consommation (si applicable) : _____

AUTRES SUBSTANCES DERNIERS 24 HEURES

SUBSTANCE	DATE ET HEURE	VOIE D'ADMINISTRATION

SANTÉ ACTUELLE

Milieu de vie : ☐ Maison de chambre ☐ Hébergement ☐ Centre de crise ☐ Refuge ☐ Sans domicile fixe ☐ Autre :
☐ Punaise de lit au domicile ☐ Présence de piqûre de punaise de lit ☐ Présence de poux ☐ Présence de gale
☐ Oui, protocole à appliquer : _____ ☐ Aucun risque identifié

☐ SARM ☐ ERV ☐ Clostridium difficile ☐ Dépistage Candida Auris ☐ Autre : _____

Allergie : _____

Réaction : _____

Épipen à faire prescrire : ☐ Oui ☐ Non ☐ SO

Intolérance : _____ Réaction : _____

Diète particulière : ☐ Oui ☐ Non Si oui, Préciser : _____

Fumeur : ☐ Oui ☐ Non Quantité par jour : _____ Désire arrêt tabagique ☐ Oui ☐ Non

DIAGNOSTICS ET ANTÉCÉDENTS

Diagnosics et antécédents de santé physique : ☐ Aucun

☐ HTA ☐ Diabète ☐ Dyslipidémie ☐ MCAS ☐ MPOC ☐ Asthme
☐ Emphysème ☐ Endocardite ☐ Épilepsie ☐ Trauma crânien ☐ Trouble thyroïdien ☐ Discopathie
☐ Déficit visuel ☐ Déficit auditif ☐ Ulcère d'estomac ☐ Stéatose hépatique ☐ Cirrhose ☐ AVC
☐ Encéphalopathie hépatique ☐ Encéphalopathie de Wernicke ☐ Syndrome de Korsakoff

Autre : _____

Usager actuellement sous anti-coagulothérapie : ☐ Oui ☐ Non Si oui → repérage terminé

Facteurs de risque identifiés (exemple : âge de 40 ans ou plus, l'immobilité, le tabagisme, l'obésité, traitement hormonal, thromboembolie veineuse (TEV) dans le passé, etc.) : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

*Si un ou plusieurs facteurs de risque sont présents → remettre le dépliant **Prévenir la formation d'un caillot dans une veine (thromboembolie)** et référer au médecin si l'examen clinique le justifie.*

Antécédents de chirurgie récente et pertinente au séjour : _____

Autre investigation/attente de résultat : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Antécédents de santé mentale : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Antécédents de violence ou de troubles graves du comportement : ☐ Oui ☐ Non

DEPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE ET HOMICIDAIRE

Pensez-vous au suicide actuellement? ☐ Oui* ☐ Non

Préciser : _____

Avez-vous pensé au suicide dans les derniers mois? ☐ Oui* ☐ Non

Préciser : _____

Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année? ☐ Oui* ☐ Non

Préciser : _____

*Si oui à une de ces questions, compléter : Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (CLI-60242)

Idées homicidaires : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

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

SUIVI ET SOUTIEN

Êtes-vous actuellement suivi par une équipe? ☐ Oui ☐ Non

☐ Organisme communautaire ☐ Médecine de proximité ☐ Service de proximité en dépendance ☐ Médecin traitant

☐ CLSC ☐ SIDEPA ☐ TAO ☐ Autres : _____

Coordonnées : _____

☐ Autorisation verbale de l'usager de communiquer avec l'équipe ou la personne suivante : _____

AUTRES OBSERVATIONS OU PARTICULARITÉS

#Dossier :

[illegible]

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____

SÉJOUR / POST-SÉJOUR	
----------------------	--

PLAN DE SÉJOUR ET SUIVIS	
--------------------------	--

Dépistage ITSS : ☐ À prévoir ☐ Refus ☐ S.O.

SI-PMI : ☐ Vérifié ☐ Non disponible ☐ À vérifier

Vaccination : ☐ À prévoir ☐ Refus ☐ S.O. Préciser : _____

Évaluation cognitive : ☐ À prévoir après le sevrage ☐ Réévaluer pertinence après le sevrage ☐ S.O.

Inscription au guichet santé mentale : ☐ Oui ☐ Non ☐ À prévoir ☐ S.O.

☐ Réévaluer la nécessité pendant le séjour

Inscription au GACO : ☐ Oui ☐ Non ☐ À prévoir

☐ CLSC : _____ ☐ Centre d'arrêt tabagique ☐ SIDEP

Autres démarches/références à prévoir pendant le séjour : _____

RENDEZ-VOUS

Suivi médical prévu avec son médecin de famille à la sortie : ☐ Oui ☐ Non ☐ Rendez-vous à prévoir par l'usager

Suivi dentaire : ☐ Rendez-vous à prévoir par l'usager après son séjour ☐ S.O.

Rendez-vous prévu durant le séjour : _____

Rendez-vous prévu après le séjour : _____

ENSEIGNEMENT	
--------------	--

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____