

DÉPISTAGE DES BESOINS EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

Date d'admission sur l'unité de soins : aaaa/mm/jj

Antécédents médicaux :

Du : _____ Au : _____
aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj

Du : _____ Au : _____
aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj

Milieu de vie :	☐ Maison	☐ Appartement	☐ RPA : nom
------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

L'utilisateur vit :	☐ Seul	☐ Avec :
---------------------	-------------------------------	---------------------------------

Ressource publique :	☐ RTF (type familial)	☐ RI (ressources intermédiaires)	☐ CHSLD
-----------------------------	--	---	--------------------------------

Services reçus au CLSC : ☐ Oui ☐ Non
(Si non, sautez à la question Médecin de famille)

Nom du CLSC impliqué :

Intervenant-pivot : No téléphone :

Spécifier les services dispensés :

Selon la discussion avec le CLSC, le maintien à domicile est : ☐ Sécuritaire ☐ Compromis

Médecin de famille : nom No téléphone :

Pharmacie : nom No téléphone :

Allergies :

Nom :

Prénom :

#Dossier :

DESCRIPTION DES SERVICES COMMUNAUTAIRES ANTÉRIEURS À L'HOSPITALISATION (AIDE À L'ENTRETIEN MÉNAGER, AIDE À LA PRÉPARATION DES REPAS, RÉPIT, ETC.)

PERSONNES SIGNIFICATIVES				
Nom :	Lien :	No téléphone :	No cellulaire :	Courriel :
Proches aidants :				

AUTONOMIE ANTÉRIEURE À L'HOSPITALISATION (AH) ET AUTONOMIE ACTUELLE (AA) – AVQ							
Complétez les colonnes AA, selon les observations faites lors de l'hospitalisation. Si non observé, cochez N/O.							
	AH	AA	AH	AA	AH	AA	AA
Activités (AVQ)	Autonome		Avec aide		Dépendant		N/O
Se nourrir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se laver	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entretenir sa personne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fonction vésicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fonction intestinale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les toilettes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transferts (lit-fauteuil-debout, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Marcher à l'intérieur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Circuler à l'extérieur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les escaliers	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Notes (indiquer si était compensé avant l'hospitalisation)							
Adaptation(s) en place dans la salle de bain ?							
Aide(s) technique utilisée(s) ? Ex : fauteuil roulant, canne, etc.							
Présence de combien de marches (Intérieur /Extérieur)?							

Nom :

Prénom :

#Dossier :

AUTONOMIE ANTÉRIEURE À L'HOSPITALISATION (AH) ET AUTONOMIE ACTUELLE (AA) – AVD							
Complétez les colonnes AA, selon les observations faites lors de l'hospitalisation. Si non observé, cochez N/O.							
	AH	AA	AH	AA	AH	AA	AA
Activités (AVD)	Autonome		Avec aide		Dépendant		N/O
Préparer les repas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utilisation de la cuisinière	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entretenir la maison	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Faire les courses	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Faire la lessive	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer le budget	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prendre les médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moyen de transport	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PORTRAIT COGNITIF ANTÉRIEUR À L'HOSPITALISATION (AH) ET PORTRAIT COGNITIF ACTUEL (A)						
Complétez les colonnes A, selon les observations faites lors de l'hospitalisation. Si non observé, cochez N/O.						
	AH	A	AH	A	AH	A
	Oui		Non		N/O	
Troubles de la mémoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trouble de l'orientation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trouble de comportement Exemple : agitation, idées délirantes, agressivité, errance	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Notes (indiquer si compensé avant l'hospitalisation)

□ Temps □ Espace □ Personne

Spécifier quel(s) trouble(s) de comportement observé(s) :

AUTRES INFORMATIONS	
Troubles sensoriels	☐ Lunettes ☐ Appareil auditif : ☐ Gauche ☐ Droit
Troubles du sommeil	

FACTEURS DE RISQUE À UN RETOUR SÉCURITAIRE À DOMICILE	
Problèmes connus	Présents
Surconsommation de médicaments	☐
Toxicomanie	☐
Alcoolisme	☐
Autre	☐

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Situation psychosociale	Présents	Notes
Isolement	☐	
Absence de ressources communautaires ou publiques	☐	
Soutien aidant naturel faible ou inexistant	☐	
Aidant tendu-fatigué-épuisé	☐	
Autre	☐	

ATTENTES DE L'USAGER À LA SUITE DU SÉJOUR HOSPITALIER/INQUIÉTUDES

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (obstacles nommés face au retour à domicile, inquiétudes, attentes de la famille, etc.)

DSIE débutée : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____
aaaa-mm-jj

Nom de l'intervenant(e) : _____ Titre : _____

Signature de l'intervenant(e) : _____ Date : _____
aaaa-mm-jj