

Installation : Site non traditionnel – Hôtel Plaza Valleyfield

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom de la mère : _____

ADMISSION ET DÉPART SITE NON TRADITIONNEL

Date de la demande : aaaa-mm-jj	Nom du référent :	Téléphone :
DÉPISTAGE DE LA COVID-19		
Date du prélèvement : aaaa-mm-jj		
Date du résultat : aaaa-mm-jj	Confirmation écrite au dossier : ☐ Oui ☐ Non	
DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES DE L'USAGER		
Informations générales		
Âge : ans	ISO-SMAF : Date : aaaa-mm-jj	Nb de jours depuis l'apparition des symptômes :
Symptômes reliés à la COVID-19		
☐ Perte d'appétit	☐ Faiblesses	☐ Toux sèche
☐ Diarrhée	☐ Détresse respiratoire	☐ Dyspnée
☐ Saturation :	☐ Autre :	☐ Fièvre
		Détails : Température : ☐ Aucun symptôme
Conditions associées - Antécédents		
Conditions respiratoires		
☐ O ₂ dépendant	☐ Autre :	
Signes vitaux		
TA :	FC :	FR :
Date :		
Glycémie capillaire :		
Niveau de soins		
Choisissez un élément	Mis à jour le : aaaa-mm-jj	☐ Au dossier
	Par (nom du médecin) :	☐ À faire avec l'utilisateur
	Avec (nom du proche) :	☐ À faire avec un proche
Autres conditions		
Allergies :	Intolérances :	
Dépendances : ☐ Tabac ☐ Drogues ☐ Alcool	Détails :	
Intervenants		
Médecin référent :	Téléphone :	
Médecin de famille :	Téléphone :	
Autre(s) professionnel(s) :	Nom	Titre d'emploi
	☐ CLSC	Si oui : Intervenant pivot :
	# Dossier :	

#Dossier :

Nom :

Prénom :

#Dossier :

DONNÉES FONCTIONNELLES DE L'USAGER (OBTENUES AUPRÈS DU RÉFÉRENT)									
Communication									
☐ Problème visuel		Spécifiez :						☐ Lunettes	
☐ Problème auditif		Spécifiez :						☐ Prothèse auditive : ☐ G ☐ D	
☐ Difficultés langagières		Spécifiez :							
Précisions :									
Autonomie									
Hygiène :	Sans aide	Aide partielle	Aide totale	Alimentation :					
S'habiller	☐	☐	☐	☐ Dents naturelles		☐ Prothèses en haut		☐ Prothèse en bas	
Se raser	☐	☐	☐	☐ S'alimente seul		☐ Préparer un cabaret		☐ Faire manger	
Se brosser les dents	☐	☐	☐	☐ Diète particulière :					
Se peigner	☐	☐	☐	Commentaires :					
Ongles (pieds/mains) <i>Si diabétique, l'inscrire Dans soins particuliers</i>	☐	☐	☐						
Toilette partielle	☐	☐	☐						
Toilette au lit	☐	☐	☐	Élimination :			Jour	Soir	Nuit
				☐ Autonome ☐ Aide			☐	☐	☐
				☐ Toilette ☐ Chaise d'aisance			☐	☐	☐
				☐ Urinal ☐ Bassine			☐	☐	☐
Baignoire/douche (toilette complète)	☐	☐	☐	☐ Culotte ☐ Pad		☐ Sonde		☐	☐
				Incontinence : ☐ Urinaire ☐ Fécale			☐	☐	☐
Soins particuliers :									
Commentaires :									
Mobilité / transferts									
	Sans aide	Aide partielle	Aide totale	Aides techniques :					
Se coucher	☐	☐	☐	☐ Canne		☐ Marchette		☐ Fauteuil roulant	
Circuler	☐	☐	☐	☐ Levier		☐ Verticalisateur		☐ Déambulateur	
S'asseoir/se lever debout	☐	☐	☐	☐ Orthèse/prothèse :					
Utiliser les escaliers	☐	☐	☐	Commentaires :					
Risque de chute : ☐ Oui Précisions :									
Fonctions mentales									
☐ Difficultés d'orientation :									
☐ Mémoire :									
☐ Compréhension :									
☐ Jugement :									
☐ Comportement :									
Approche à privilégier :									
Autres particularités (sommeil, loisirs, situation dans le milieu de vie)									

Données recueillies par :

Mis à jour par :

Date :

Date :

aaaa-mm-jj

aaaa-mm-jj

#Dossier :

Données recueillies par : _____ Date : aaaa-mm-jj