



MOCLI60401

Installation : _____

COLLECTE DE DONNÉES INITIALE UTRF – URFI

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE

Date d'admission: _____ aaaa/mm/jj Âge : _____ Poids: _____ kg Taille: _____ cm

Raison d'admission: _____ Provenance: _____

Antécédents: _____

Allergies (A) / Intolérances (I) et description de la réaction: _____

Prescription d'anticoagulothérapie ☐ Oui ☐ Non

Indications possibles: Diminution mobilité, Trauma/chirurgie (moins d'1 mois), Âge 70 ans et plus, Infarctus du myocarde, AVC ischémique, etc.

Compléter les formulaires suivants : (cocher la case des formulaires appropriés lorsque complétés)

☐ Paramètres fondamentaux (Signes vitaux – Adultes) (AH-261)

☐ Dépistage et évaluation du risque de chute (CLI-60248)

☐ Résultats des glycémies capillaires Analyse de biologie délocalisée (ADBD) (CLI-60089) au besoin

☐ Bilan comparatif des médicaments (BCM) et valider si la personne a de la médication personnelle (prescrite ou en vente libre)

SANTÉ PHYSIQUE

*Consigne : Lors de particularités, compléter le PTI

Type précautions additionnelles en cours : _____ Date du prochain dépistage de bactéries multirésistantes : _____

☐ État de précautions additionnelles de l'usager lors de son transfert (cocher lorsque le formulaire CLI-60547 est complété)

Particularités

Douleur et
symptômes

☐ PTI*

Si plusieurs
éléments de
réponse,
numéroter
par fonction

☐ 1- Digestive ☐ 2- Respiratoire ☐ 3- Cardiovasculaire ☐ 4- Génito-urinaire ☐ 5- Motrice ☐ 6- Sensorielle

P Provoqué / **P**allié **Q** Quantité / **Q**ualité **R** Région / **R**irradiation **S** Signes / **S**ymptômes **T** Temps / **T**urée **U** Signification

Condition de
la peau

☐ PTI*

☐ Dépistage du risque de lésion de pression selon Braden (CLI-60251) (format papier ou informatisé) complété

☐ Présence de plaie : Note évolutive – Suivi de soins de plaies et plan de traitement (CLI-60238) complété

Autre : _____

SANTÉ PSYCHIQUE

Particularités

Symptômes

☐ PTI*

Si plusieurs
éléments de
réponse,
numéroter par
fonction

☐ 1- Idées délirantes / Hallucinations ☐ 2- Difficultés liées à l'humeur / Anxiété ☐ 3- Agitation / Comportement perturbateur

☐ 4- _____ ☐ 5- _____ ☐ 6- _____

P – Q – R – S – T – U

☐ Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs (4AT) (CLI-60128)

☐ Assurer le repérage du risque suicidaire à l'aide du CLI-60436 et référer à un professionnel habilité si résultat positif

SOINS PARTICULIERS/BESOINS D'ENSEIGNEMENT

Nom, prénom :

#Dossier :

Consignes : Les sections suivantes peuvent être complétées par l'utilisateur/famille sauf pour les usagers en précautions additionnelles

SERVICES DE SANTÉ

Médecin traitant (UTRF – URFI) : _____
Médecin de famille : _____ Coordonnées : _____
Médecin spécialiste : _____ Coordonnées : _____
Médecin spécialiste : _____ Coordonnées : _____
Pharmacie de l'utilisateur : _____ Coordonnées : _____
Intervenant pivot (CLSC) : _____ Coordonnées : _____
Autre professionnel de la santé : _____ Coordonnées : _____
Représentant légal : _____ Coordonnées : _____

HABITUDES DE VIE

Particularités du sommeil : _____
Habitudes de consommation : ☐ Tabac : Type : _____ Quantité/Fréquence : _____
☐ Alcool : Type : _____ Quantité/Fréquence : _____
☐ Drogue : Type : _____ Quantité/Fréquence : _____
Activités personnelles et de loisirs : _____

SITUATION PSYCHOSOCIALE

Occupation : _____
Situation de vie : ☐ Personne seule ☐ Deux personnes ou plus : _____
Numéro de téléphone cellulaire de l'utilisateur : _____

Proches aidants	Numéro téléphone	Lien	Accompagnement aux rendez-vous	Buanderie et autres
Contact d'urgence :			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Ressources à domicile : ☐ Aucune ☐ CLSC ☐ Communautaires ☐ Autre : _____
Type de service : _____

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE À DOMICILE

☐ Maison ☐ Logement/Condo ☐ Habitation à loyer modique (HLM)
☐ Résidence privée ☐ Résidence intermédiaire (RI) ☐ Résidence de type familial (RTF) ☐ Autre : _____
Nom de la ressource : _____ Personne responsable : _____

PRÉOCCUPATIONS ET ATTENTES

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Référence : Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009-2018). Outil d'évaluation multiclientèle – Aide-mémoire. Gouvernement du Québec

AUTONOMIE ACTUELLE/ANTÉRIEURE		
AVQ/AVD	Actuelle	Antérieure (avant l'épisode de soins)
Se nourrir ☐ PTI	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Dysphagie Consistance : _____ Diète : _____ Restriction liquidienne : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Prothèses dentaires : ☐ Haut ☐ Bas ☐ Non Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____ _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Dysphagie Consistance : _____ Diète : _____ Restriction liquidienne : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Prothèses dentaires : ☐ Haut ☐ Bas ☐ Non Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____ _____
Se laver et s'habiller ☐ PTI	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ ☐ Bas support ☐ Tubigrips ☐ Attelle ☐ Autre : _____ Particularités : _____ _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ ☐ Bas support ☐ Tubigrips ☐ Attelle ☐ Autre : _____ Particularités : _____ _____
Fonction vésicale ☐ PTI	Continence : ☐ Diurne ☐ Nocturne Incontinence : ☐ Diurne ☐ Nocturne ☐ Occasionnelle ☐ Pad ☐ Pull-up ☐ Culotte d'incontinence ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Bassine ☐ Urinal ☐ Chaise d'aisance ☐ Autre : _____ Particularités : _____ _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle Continence : ☐ Diurne ☐ Nocturne Incontinence : ☐ Diurne ☐ Nocturne ☐ Occasionnelle ☐ Pad ☐ Pull-up ☐ Culotte d'incontinence ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Bassine ☐ Urinal ☐ Chaise d'aisance ☐ Autre : _____ Particularités : _____ _____
Fonction intestinale ☐ PTI	Continence : ☐ Diurne ☐ Nocturne Incontinence : ☐ Diurne ☐ Nocturne ☐ Occasionnelle ☐ Pad ☐ Pull-up ☐ Culotte d'incontinence ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Bassine ☐ Chaise d'aisance ☐ Autre : _____ Particularités : _____ _____ _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle Date de la dernière selle : _____ <i>aaaa/mm/jj</i> Continence : ☐ Diurne ☐ Nocturne Incontinence : ☐ Diurne ☐ Nocturne ☐ Occasionnelle ☐ Pad ☐ Pull-up ☐ Culotte d'incontinence ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Bassine ☐ Chaise d'aisance ☐ Autre : _____ Particularités : _____ _____
Transferts ☐ PTI	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____ _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____ _____
Se déplacer ☐ PTI	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____ _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____ _____

Nom, prénom :

#Dossier :

AVQ/AVD (suite)	Actuelle	Antérieure (avant l'épisode de soins)
Aides techniques et Équipements ☐ PTI	☐ Orthèse/prothèse : _____ ☐ Oxygène : _____ L/min ☐ CPAP ☐ Autre : _____ Particularités : _____ _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle ☐ Orthèse/prothèse : _____ ☐ Oxygène : _____ L/min ☐ CPAP ☐ Autre : _____ Particularités : _____ _____
Communication ☐ PTI	Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____ Parler : _____ Voir : _____ ☐ Lunettes ☐ Lentilles cornéennes Entendre : _____ Appareil auditif : ☐ Gauche ☐ Droit Lecture/écriture : _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle Parler : _____ Voir : _____ ☐ Lunettes ☐ Lentilles cornéennes Entendre : _____ Appareil auditif : ☐ Gauche ☐ Droit Lecture/écriture : _____
Fonctions mentales ☐ PTI	Mémoire : _____ Orientation : _____ Compréhension : _____ Jugement : _____ Comportement : _____ Trouble de concentration : _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle Mémoire : _____ Orientation : _____ Compréhension : _____ Jugement : _____ Comportement : _____ Trouble de concentration : _____
Médication ☐ PTI	☐ Automédication ☐ Administrée par un tiers ☐ Entière ☐ Écrasée dans : _____ Particularités : _____ _____	☐ IDEM à l'autonomie actuelle ☐ Automédication ☐ Administrée par un tiers ☐ Entière ☐ Écrasée dans : _____ Particularités : _____ _____

Référence : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. (2010). Grille d'évaluation SMAF

Autres AVD/AVQ pouvant avoir un impact sur le retour à domicile (préparer les repas, faire la lessive, utiliser le téléphone, faire les courses, entretenir la maison, moyen de transport, etc.) :

Autres éléments du fonctionnement social pouvant avoir un impact sur le retour à domicile (occuper son temps libre, maintenir des liens significatifs, utiliser les ressources de son milieu, agir de façon appropriée, exprimer ses désirs, etc.) :

Signature de l'infirmière auxiliaire : _____ Date: _____aaaa/mm/jj

VALIDATION PAR L'INFIRMIÈRE
☐ PTI complété
☐ Note au dossier complétée
☐ Évaluation de l'usager effectuée

Signature de l'infirmière : _____ Date: _____aaaa/mm/jj