

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

DÉPISTAGE BIOPSYCHOSOCIAL

ÉQUIPE HOSPITALIÈRE DE FLUIDITÉ ET DE LIAISON

HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE		
Date d'admission: _____ aaaa/mm/jj		Diagnostic d'admission: _____
Antécédents: _____		
Allergies (A) / Intolérances (I) et description de la réaction: _____		
SANTÉ PHYSIQUE		
Statut infectieux : ☐ SARM ☐ ERV ☐ Clostridium difficile ☐ Influenza ☐ Gastro-entérite ☐ Autre : _____		
☐ Profil vaccinal Covid-19 (présence au dossier) ☐ Chutes au cours des 12 derniers mois Qté/Fréquence : _____		
☐ Ajustement Coumadin Professionnel attitré : _____ Coordonnées : _____		
☐ Présence de plaie Site : _____ ☐ Oxygénodépendant : _____ L/min _____ h/24h		
☐ Poids : _____ ☐ Gain de poids involontaire ☐ Perte de poids involontaire Préciser : _____		
SERVICES DE SANTÉ		
Médecin de famille : _____		Coordonnées : _____
Médecin spécialiste : _____		Coordonnées : _____
Pharmacie de l'utilisateur : _____		Coordonnées : _____
Autre professionnel de la santé : _____		Coordonnées : _____
Mandataire/curateur : _____		Coordonnées : _____
HABITUDES DE VIE		
Habitudes de consommation : Tabac : ☐ Oui ☐ Non ☐ Arrêt depuis : _____ ☐ Alcool : Qté/Fréquence : _____		
Drogue : ☐ Oui ☐ Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____		
SITUATION PSYCHOSOCIALE		
Situation de vie : ☐ Personne seule ☐ Deux personnes ou plus : _____		
Réseau social : _____		
# dossier CLSC : _____ ☐ DSIE débutée : _____ Iso-SMAF : _____ Date : aaaa / mm / jj		
☐ Soins Courants : _____ ☐ Soutien à domicile : _____		
Intervenant pivot : _____ Coordonnées : _____		
☐ Ressources privées à domicile ☐ Communautaires ☐ Autre : _____		
☐ Système d'alerte d'urgence : _____ Assurances privées : ☐ Oui ☐ Non		
Personnes significatives		
Personnes significatives		Numéro téléphone
Lien		
Contact d'urgence : _____		
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE À DOMICILE		
☐ Maison ☐ Logement/Condo ☐ Habitation à loyer modique (HLM) ☐ Coopérative d'habitation		
☐ Résidence privée ☐ Résidence intermédiaire ☐ Résidence de type familial ☐ Autre : _____		
Nom de la ressource : _____ Personne responsable : _____		
☐ Escalier extérieur; nombre de marches : _____ Main courante : ☐ Aucune ☐ Droite ☐ Gauche		
☐ Escalier intérieur; nombre de marches : _____ Main courante : ☐ Aucune ☐ Droite ☐ Gauche		
Adaptation et accessibilité du milieu (ascenseur, rampe d'accès, etc.) : _____		

Référence : Ministère de la santé et des services sociaux. (2009-2018). Outil d'évaluation multi clientèle – Aide-mémoire. Gouvernement du Québec

Nom : _____ Prénom : _____ #Dossier : _____

AVQ/AVD	Autonomie antérieure à l'hospitalisation	
Se nourrir	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Dysphagie Consistance : _____ Diète : _____ Restriction liquidienne : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____	
Se laver et s'habiller	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Particularités : _____	
Fonction vésicale et intestinale	Continence : ☐ Urinaire ☐ Fécale Incontinence : ☐ Urinaire ☐ Fécale ☐ Occasionnelle ☐ Produit d'incontinence ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐ Équipements (chaise d'aisance/bassine) : _____ Particularités : _____	
Transferts	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____	
Se déplacer	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Aide technique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Particularités : _____	
Communication	Parler : _____ Lire/écrire : _____ Voir : _____ Entendre : _____	
Fonctions mentales	Mémoire : _____ Orientation : _____ Compréhension : _____ Comportement : _____ Test de dépistage : _____	
Entretenir la maison	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Particularités : _____	
Préparer les repas	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Particularités : _____	
Faire les courses	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Particularités : _____	
Utiliser le téléphone	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Particularités : _____	
Moyen de transport	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Particularités : _____	
Médication	☐ Automédication ☐ Administrée par un tiers ☐ Dispill ☐ Entière ☐ Écrasée dans : _____ ☐ Injection : _____ Particularités : _____	
Gérer le budget	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète Préciser : _____ Particularités : _____	

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

ANALYSE/SYNTÈSE

Orientation probable au congé : ☐ Retour à domicile ☐ Retour à la résidence ☐ GASPA ☐ URFI DP ☐ GA ☐ Autre : _____

Signature et titre : _____ Date: _____ aaaa/mm/jj