



MOCLI60597

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

COLLECTE DE DONNÉES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ À DOMICILE

- Consignes :
- Les éléments ci-dessous concernent l'utilisateur, la famille, les proches aidants et les prestataires.
 - Peut être réalisée par tous les intervenants offrant des soins ou des services à domicile.
 - Se réalise par observations et questionnements adressés à l'utilisateur ou à ses proches.

☐ Évaluation initiale	☐ Réévaluation
☐ Consentement verbal obtenu de l'utilisateur ou de ses proches à la détection des risques en matière de sécurité à domicile	
☐ Consentement verbal obtenu de l'utilisateur ou de ses proches pour partager les résultats avec l'équipe de soins et services	
1. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'USAGER ☐ Aucun risque détecté	
☐ Il habite seul	
☐ Il dit être isolé socialement (faible ou absence de réseau de soutien famille/amis/voisins, etc.)	
☐ Incapacité à contacter les services d'aide ou d'urgences au besoin (811, 911, etc.)	
☐ Incapacité d'évacuation autonome en cas d'urgence.	
Précision : _____	
2. PRÉSENCE D'ENFANTS AU DOMICILE ☐ Absence d'enfant ☐ Aucun risque détecté	
☐ Présence d'objets dangereux visibles et accessibles pouvant affecter la sécurité des enfants (objets de petite taille présentant un risque d'étouffement, médicaments, produits ménagers ou dangereux)	
☐ Environnement non sécuritaire pour des enfants (absence de barrières de sécurité pour les escaliers, prise électrique non protégée, stores ou rideaux avec long cordon, etc.)	
☐ Enfant présentant des signes visibles de mauvaise condition physique (blessures, marques sur la peau, mauvaise hygiène, etc.)	
Précision : _____	
3. CHUTES ☐ Aucun risque détecté	
☐ Il semble avoir chuté à plus d'une reprise au cours de la dernière année	
☐ Il présente une difficulté aux transferts ou déplacements.	
☐ Il utilise une aide technique pour ses déplacements	
☐ Autres facteurs de risques observables (liés à la vision/audition, habillement, chaussures, état cognitif, etc.)	
Précision : _____	
4. COMPORTEMENTS ☐ Aucun risque détecté	
☐ Il présente des signes d'agitation (verbale ou physique) ou semble être désorienté (temps, espace ou personne)	
☐ Il (ou une personne de son entourage) présente des signes d'agressivité, de violence ou de colère	
Précision : _____	
5. SANTÉ ET HABITUDES DE VIE ☐ Aucun risque détecté	
☐ Présence d'un fumeur	
☐ Présence de marques de brûlures sur le corps ou les vêtements de l'utilisateur	
☐ Présence d'oxygénothérapie à domicile	
☐ Présence d'une personne consommant des drogues ou de l'alcool ayant un impact sur son fonctionnement	
☐ Médication rangée de manière non sécuritaire	
☐ Prise de médication inadéquate	
☐ Mauvaise condition physique, hygiène personnelle inadéquate ou signes de dénutrition (perte de poids, blessures, etc.)	
Précision : _____	

6. ENVIRONNEMENT	☐ Aucun risque détecté
☐ Éclairage insuffisant	
☐ Domicile encombré (présence de fils au sol, aire de circulation limitée, etc.)	
☐ Escaliers/voies intérieurs et extérieurs non sécuritaires (bris, absence de main courante, déneigement inadéquat, etc.)	
☐ Sorties inaccessibles ou non dégagées	
☐ Mobilier et équipements électriques visiblement non sécuritaires	
☐ Présence d'une barre d'appui au lit ☐ Feuille <i>Utilisation sécuritaire de barre d'appui portative pour adulte au lit</i> remis	
☐ Détecteur de fumée non fonctionnel ou absent	
☐ Détecteur de monoxyde de carbone non fonctionnel ou absent, si requis.	
☐ Température ambiante inadéquate	
☐ Objets dangereux entreposés de manière non sécuritaire (armes à feu, couteaux, produits ménagers, etc.)	
☐ Milieu insalubre (moisissures, odeur, etc.) ou présence de vermine (souris, punaises, etc.)	
☐ -Absence de deux points de sortie, les portes ou fenêtres ne se verrouillent pas.	
Précision : _____	

7. SÉCURITÉ DE L'INTERVENANT DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST	☐ Aucun risque détecté
☐ Refus de confiner un animal, à la demande de l'intervenant, lors de la prestation de soins et de services	
☐ Environnement non sécuritaire pour l'intervenant (Encombrement, salubrité, etc.)	
☐ Absence de réseau de téléphonie cellulaire au domicile de l'utilisateur	
☐ Circulation intérieure et extérieure non sécuritaire pour l'intervenant	
☐ Postures contraignantes lors des soins reliées au dégagement insuffisant de l'espace de travail	
☐ Présence de liquides biologiques (urine, selles et vomissements, liquides biologiques teintés de sang)	
Précision : _____	

8. DESCRIPTION DES SUGGESTIONS/INFORMATIONS/DOCUMENTATIONS TRANSMISES À L'USAGER SUITE À LA COLLECTE DE DONNÉES
Précision : _____

9. COMMUNICATION AUX INTERVENANTS/PARTENAIRES DU CONTENU DE LA COLLECTE DE DONNÉES AFIN DE PLANIFIER LES SOINS ET SERVICES
☐ Applicable ☐ Sans objet (préciser pourquoi) : _____

Si applicable, préciser les actions prévues : _____

Signature et titre : _____ Date : _____