



MOCLI60779

Installation : _____

ÉVALUATION INFIRMIÈRE INITIALE EN SOINS PALLIATIFS

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

- ☐ Clinique externe de soins palliatifs ☐ Unité de soins palliatifs ☐ Soins palliatifs à domicile
☐ Évaluation initiale ☐ Mise à jour, se référer à l'évaluation initiale en date du : _____

HISTOIRE DE SANTÉ

Diagnostic : _____ Date : _____

Antécédents médicaux : _____

Échelle de performance pour usagers en soins palliatifs (PPsv2) : _____ %

☐ Chimiothérapie en cours

☐ Cessée définitivement

Date du dernier traitement : _____

Nombre de cycle reçu : _____

☐ Immunothérapie en cours

☐ Cessée définitivement

Date du premier traitement : _____

Date du dernier traitement : _____

☐ Radiothérapie Site : _____

Date du dernier traitement : _____

Nombre de répétitions : _____ ☐ Installation associée : _____

Autre traitement de soutien : _____

PROFESSIONNELS COLLABORATEURS

	Nom	Provenance	Téléphone
Médecin de famille	_____	_____	_____
Infirmière pivot	_____	_____	_____
Intervenant CLSC	_____	_____	_____
Pharmacie proximité	_____	_____	_____

PERSONNE AUTORISÉE ET PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

Personne autorisée : _____ ☐ Tutelle ☐ Curatelle

Directives médicales anticipées (DMA) complétées : ☐ Oui ☐ Non Testament complété : ☐ Oui ☐ Non

Arrangements funéraires planifiés : ☐ Oui ☐ Non

HABITUDES DE VIE

Consommation actuelle

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Drogue Quantité et fréquence : _____

Sommeil

Sommeil : ☐ Reposant ☐ Agité ☐ Difficulté à s'endormir ☐ Réveil(s) fréquent(s)

Fatigue : ☐ Oui ☐ Non ☐ Somnolence

Cauchemars : ☐ Oui ☐ Non Depuis quand : _____

Particularité au coucher : _____

SANTÉ MENTALE

Conscience : ☐ Alerte ☐ Semi-conscient ☐ Inconscient

Mémoire : ☐ Normale ☐ Altérée

Orientation : ☐ Orienté ☐ Désorienté ☐ Temps ☐ Espace ☐ Personne

Compréhension : ☐ Normale ☐ Partielle ☐ Absente

Jugement : ☐ Normal ☐ Altéré Discours : ☐ Cohérent ☐ Incohérent

SANTÉ MENTALE (Suite)

☐ Anxiété Niveau (1 à 10) : _____ Reliée à : _____
☐ État dépressif Préciser : _____
☐ Idées suicidaires (COQ) Préciser : _____
 Comportement : ☐ Normal ☐ Agité ☐ Agressif ☐ Autre : _____
☐ Hallucinations : ☐ Auditives ☐ Visuelles Fréquence : _____

FONCTIONS SENSORIELLES

☐ Déficit auditif ☐ Prothèse(s) auditive(s) : ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Déficit visuel ☐ Lunettes ☐ Lentilles
☐ Enjeu(x) de communication : _____

SANTÉ PHYSIQUE**Signes vitaux et mesures anthropométriques**

TA : _____/_____ Pouls : _____ Respiration : _____ Saturation en oxygène : _____
 Poids : _____ kg : ☐ Perte de poids ☐ Gain de poids Taille : _____ cm

Autonomie 0 = Non évalué 1 = Autonome 2 = Besoin d'aide 3 = Dépendant

Activité	0	1	2	3	Évaluation ponctuelle
Prendre ses médicaments	☐	☐	☐	☐	☐ Pilulier Préparé par : ☐ Usager ☐ Proche ☐ Pharmacie
Se laver et se vêtir	☐	☐	☐	☐	
Utiliser les toilettes	☐	☐	☐	☐	
Se déplacer/effectuer ses transferts	☐	☐	☐	☐	☐ Accessoires utilisés : _____
Utiliser les escaliers	☐	☐	☐	☐	
S'alimenter	☐	☐	☐	☐	
Cuisiner	☐	☐	☐	☐	
Entretenir son domicile	☐	☐	☐	☐	
Conduire	☐	☐	☐	☐	
Faire des courses	☐	☐	☐	☐	

Mobilisation

☐ Trouble d'équilibre ☐ Spasmes ☐ Tremblements

Nombre de chute (s) dans la dernière année : _____

Cavité buccale (langue, muqueuses et gencives)

☐ Saine ☐ Ulcère Site : _____ ☐ Douleur Site : _____
☐ Plaques blanchâtres Site : _____ ☐ Croûtes Site : _____
☐ Dépôts Site : _____ ☐ Lèvre craquelée : ☐ Inférieure ☐ Supérieure
 Salive : ☐ Suffisante ☐ Xérostomie ☐ Hypersalivation
 Haleine : ☐ Normale ☐ Fétide ☐ Fruitée
☐ Prothèse(s) dentaire(s) : ☐ Inférieure ☐ Supérieure

Fonction cardio-vasculaire

☐ Stimulateur cardiaque ☐ Défibrillateur cardiaque
☐ Hypotension orthostatique ☐ Douleurs rétro-sternales
☐ Œdème des membres inférieurs : ☐ Droit ☐ Gauche

Fonction respiratoire

☐ Trachéostomie Canule # : _____ ☐ Fenestrée ☐ Non fenestrée
☐ BiPAP ☐ CPAP ☐ Drain
☐ Oxygène (O₂) : ☐ Lunette nasale _____ L/min ☐ Masque : _____ %
 Amplitude : ☐ Normale ☐ Profonde ☐ Superficielle
 Rythme : ☐ Régulier ☐ Irrégulier

SANTÉ PHYSIQUE (suite)**Fonction respiratoire (suite)**

Type de respiration : ☐ Eupnéique ☐ Abdominale ☐ Thoracique ☐ Cheyne-Stokes
 Apnée : ☐ Oui ☐ Non Durée : _____ secondes ☐ Cyanose
 Tirage : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
 Dyspnée : ☐ Oui ☐ Non ☐ Au repos ☐ À l'effort
 Toux : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sèche ☐ Grasse
 Expectations : ☐ Oui ☐ Non Coloration : _____

Fonctions intestinales

☐ Continent ☐ Incontinent
☐ Colostomie
☐ Constipation : Fréquence : _____ ☐ Diarrhée : Fréquence : _____
☐ Hémorroïdes ☐ Saignements : ☐ Mélena ☐ Rectorragie

Fonctions génito-urinaires

☐ Continent ☐ Incontinent
☐ Sonde urinaire ☐ Urostomie ☐ Néphrostomie : ☐ Gauche ☐ Droite

Intégrité de la peau et téguments

☐ Intacte ☐ Sèche ☐ Fragile ☐ Pétéchies ☐ Prurit ☐ Œdème
 Coloration/téguments : ☐ Normale ☐ Rouge ☐ Grisâtre ☐ Blanchâtre ☐ Cyanosée
 Préciser au besoin : _____
☐ Plaie (CLI-60185 *Évaluation initiale de plaie*)

APPAREILLAGE

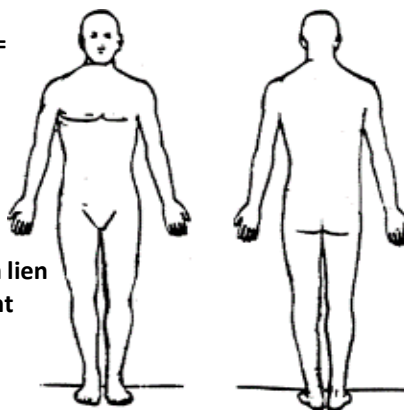
Accès veineux central : ☐ PICC Line ☐ Accès vasculaire sous-cutané (Port-a-Cath) ☐ Autre : _____
 Autre appareillage/drains : _____

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Évaluer les principaux sites de douleur et l'indiquer sur le schéma à l'aide du chiffre correspondant (#1 et #2)

Légende du PQRSTUV =

P : Provoquer/Pallier
Q : Qualité/Quantité
R : Région/Irradiation
S : Signes/Symptômes
T : Temps
U : Compréhension
V : Visée de l'usager en lien avec le soulagement

**Signes Site #1**

P
Q
R
S
T
U
V

Signes Site #2

P
Q
R
S
T
U
V

STADE DE DÉVELOPPEMENT FAMILIAL***Compléter le Génogramme - Écocarte**

État civil : ☐ Conjoint de fait ☐ Marié ☐ Célibataire ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf

Principal rôle social de l'usager (métier, profession, rôle parental, etc.) : _____

Principal rôle social de l'aidant principal (métier, profession, rôle parental, etc.) : _____

Stade de développement : ☐ 1. Jeune adulte célibataire ☐ 5. Famille dont les enfants ont quitté le foyer
☐ 2. Couple en union libre ou marié ☐ 6. Famille dont les conjoints sont à la retraite
☐ 3. Famille avec jeunes enfants ☐ 7. Famille dont les parents approchent la mort
☐ 4. Famille avec adolescent

Impact ressenti dans le système familial : _____

ASPECTS PSYCHO-SOCIAUX		
	Usager	Proches
Croyances	Quelle est votre compréhension de la maladie actuellement?	
	Y a-t-il des choses concernant vos croyances spirituelles ou votre foi qui seraient importantes pour nous de connaître afin de mieux vous accompagner?	
	Quelle est votre opinion/expérience face aux médicaments pour le soulagement de la douleur ou d'autres symptômes (ex. : morphine)?	
Préoccupations et processus d'adaptation	Quelle est votre plus grande préoccupation à ce moment-ci?	
	Quelles sont vos attentes face aux soins?	
	Quel est votre plus grand espoir à ce moment-ci?	
Soutien	Quelles sont les personnes les plus significatives dans votre vie en ce moment ? Reçoivent-elles le soutien dont elles ont besoin?	
	Et vous dans tout ça?	

PLANIFICATION DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE
Souhaite décéder : ☐ À domicile ☐ En ressources palliatives ☐ En réflexion ☐ Non-discuté
Souhaite sédation palliative continue : ☐ Oui ☐ Non ☐ En réflexion ☐ Non-discuté
Souhaite aide médicale à mourir : ☐ Oui ☐ Demande signée Date : <u>aaaa/mm/jj</u> ☐ Non ☐ En réflexion ☐ Non-discuté
☐ Professionnel prestataire : _____
☐ 2 ^e avis : _____
☐ Date déterminée : <u>aaaa/mm/jj</u> ☐ Date indéterminée

DON EN SOINS PALLIATIFS (si indiqué)
Intérêt pour le don d'organes : ☐ Oui ☐ Non Intérêt pour le don de tissus : ☐ Oui ☐ Non
Intérêt pour le don de corps à la science : ☐ Oui ☐ Non

PLANIFICATION ET RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE
Constats de l'évaluation professionnelle : _____

Interventions et références : _____

Signature de l'infirmière : _____

Date : aaaa/mm/jjHeure : hh:mm