



MOCLI60781

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ D'AUTOSOINS

Consignes d'utilisation générales :

- Doit être complété pour les usagers se trouvant dans les lieux visés par la Règle de soins nationale, conformément aux exigences de la Loi 90.
- Cocher ☒, ce qui s'applique à l'utilisateur ou S/O (sans objet), pour ce qui ne s'applique pas à l'utilisateur.
- Consigner toutes explications supplémentaires dans la section « PRÉCISIONS OU AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES dès qu'un élément interfère avec la capacité d'autosoins.
- Apposer vos initiales et la date chaque fois qu'une section est complétée, puisqu'il est possible que le formulaire soit rempli en plusieurs temps et par différents professionnels.

SECTION POUVANT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE ET L'INFIRMIÈRE

1.	MÉDICATION ☐ S/O	Initiale : _____	Date : _____
1.1	Adopte une attitude positive face à l'activité de soin	☐ Oui ☐ Non	
1.2	Accepte et prend sa médication	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O	
1.3	Format utilisé	☐ Sachet ☐ Dispill ☐ Autre : _____	
1.4	Compréhension globale de sa médication	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement	
1.5	Capacité à reconnaître sa médication et dire s'il y a une erreur (Ex. : Couleur, forme, nombre de pilules à prendre, etc.)	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement	
1.6	Capacité à gérer sa médication (Ex. : Reconnaît le bon moment, avant repas, quand il y a de la douleur, entreposage sécuritaire, etc.)	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement	
1.7	Capacité à renouveler sa médication	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement ☐ S/O	
1.8	Capacité à l'autoadministration (Ex. : capable de prendre ou s'administrer le médicament, peu importe la voie)	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement	
1.9	Utilisation d'un mécanisme de compensation Préciser : _____ (Ex. : technique spécifique, coupe pilule, proche aidant, etc.)	☐ Oui ☐ Non	
2.	ACTIVITÉ DE SOINS INVASIFS OU NON INVASIFS D'ASSISTANCE AUX AVQ ☐ S/O	Initiale : _____	Date : _____
2.1	Adopte une attitude positive face à l'activité de soin	☐ Oui ☐ Non	
2.2	Accepte et fait ses soins AVQ-AVD	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O	
2.3	Soin (s) relatif (s) à : _____ Soins invasifs , au-delà des barrières physiologiques (Ex. : alimentation entérale, soins de trachéostomie, cathétérisme vésical, curage rectal, etc.) Soins non invasifs (Ex. : glycémie capillaire, installation de bas support, oxygénothérapie, etc.)		
2.4	Connaissance de la technique pour son soin	☐ Oui ☐ Non	
2.5	Capacité à effectuer son soin par lui-même	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement	
2.6	Utilisation d'un mécanisme de compensation Préciser : _____ (Ex. : technique spécifique, loupe, miroir, proche aidant, etc.)	☐ Oui ☐ Non	
2.7	Capacité à renouveler son matériel	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O	
2.8	Capacité à entretenir son matériel	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O	

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE

3.	ÉTAT MENTAL SOMMAIRE (si problème, à préciser) ☐ S/O Initiale : _____ Date : _____					
3.1	Niveau de conscience	☐ Hyperalerte	☐ Alerte	☐ Léthargique	☐ Stuporeux	☐ Comateux
3.2	Orientation dans l'espace	☐ Bien orienté	☐ Hésitant	☐ Désorienté		
3.3	Orientation dans le temps	☐ Bien orienté	☐ Hésitant	☐ Désorienté		
3.4	Mémoire Récente	☐ Intacte	☐ Altérée			
	Mémoire Ancienne	☐ Intacte	☐ Altérée			
	☐ Outil complémentaire utilisé pour l'évaluation, lequel : _____ (Ex. : Moca, mini évaluation de l'état mentale-MEEM, etc.)					
3.5	Utilisation d'un mécanisme de compensation pour la mémoire ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement Préciser : _____ (Ex. : Dispositifs de rappel → alarmes sonores, vibrantes ou visuelles, appel d'un proche ou service automatisé, etc.)					
3.6	Compréhension adéquate des consignes auditives ☐ Oui ☐ Non					
3.7	Compréhension adéquate des consignes écrites ☐ Oui ☐ Non					
3.8	Jugement	☐ Préservé	☐ Altéré	☐ Absent		
	(Ex. : La maison est en feu, que faites-vous ?)					
3.9	Autocritique ☐ Oui ☐ Non					
3.10	Idées délirantes	☐ Aucune	☐ De référence*	☐ De grandeur	☐ Mystique*	☐ De persécution
		☐ De contrôle	☐ Érotomaniaque*	☐ Somatique*	☐ De complot	
3.11	Hallucinations	☐ Aucune	☐ Auditives	☐ Visuelles	☐ Olfactives	☐ Tactiles ☐ Gustatives
Lexique spécifique* De référence : Conviction que le sujet est le centre d'une attention, habituellement malveillante, de l'entourage. Mystique : Trouble délirant s'accompagnant d'expériences mystiques (extase, communication avec Dieu, etc.). Érotomaniaque : Conviction qu'une autre personne est amoureuse de lui. Somatique : Qui concernent le corps de la personne Références : Office québécois de la langue française (OQLF). (n.d.). Vitrine linguistique. https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca						
4.	ÉVALUATION PHYSIQUE SOMMAIRE (si problème, à préciser) ☐ S/O Initiale : _____ Date : _____					
4.1	Dextérité (manipulation)	☐ Satisfaisante	☐ Problématique :			
4.2	Vision	☐ Satisfaisante	☐ Problématique :			
4.3	Audition	☐ Satisfaisante	☐ Problématique :			
4.4	Mobilité/chutes	☐ Satisfaisante	☐ Problématique :			
4.5	Sommeil	☐ Satisfaisante	☐ Problématique :			
4.6	Alimentation	☐ Satisfaisante	☐ Problématique :			
4.7	Coordination	☐ Satisfaisante	☐ Problématique :			
5.	GESTION DES RISQUES : RISQUE SUICIDAIRE (si positif, à préciser) ☐ S/O Initiale : _____ Date : _____					
5.1	Indices de vulnérabilité au suicide détectés : _____ Se référer au document PRO-10237-Prévention du suicide Annexe B					
5.2	Réponses aux questions du repérage suicidaire: 1. Pensez-vous au suicide actuellement? _____ 2. Avez-vous pensé au suicide dans les derniers mois? _____ 3. Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année? _____ Se référer au document PRO-10237-Prévention du suicide Tableau II : Repérage du risque suicidaire					
5.3	Résultat du repérage du risque suicidaire : ☐ Positif ☐ Négatif					
5.4	Actions effectuées à la suite du repérage positif: _____ Se référer au document PRO-10237-Prévention du suicide Tableau II : Repérage du risque suicidaire					
5.5	Historique d'abus de substances ou de médicaments ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____					
5.6	Antécédents de trafic ou d'échange de médication ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____					

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE
CONSTATS DE L'ÉVALUATION ET DIRECTIVES INFIRMIÈRES

MÉDICATION	☐ S/O	Initiale : _____	Date : _____
☐ Usager autonome ou proche aidant présent			
☐ Recommander le mode distribution de la médication <i>Outil d'aide à la décision : AMC-6163 Distinction entre distribution et administration des médicaments</i>			
☐ Avec mécanisme de compensation, préciser : _____ <i>(Ex. : Comprimés coupés par la pharmacie, dispill, dispositifs de rappel, etc.)</i>			
☐ Avec recommandation de consultation en service professionnel, préciser : _____ <i>(Ex. : ergo, physio, nutritionniste, etc.)</i>			
☐ Confier l'administration des médicaments à un aide-soignant <i>Outil d'aide à la décision : AMC-6163 Distinction entre distribution et administration des médicaments</i>			
SOINS INVASIFS OU NON INVASIFS D'ASSISTANCE AUX AVQ	☐ S/O	Initiale : _____	Date : _____
☐ Usager autonome ou proche aidant présent			
☐ Usager autonome, mais nécessite du soutien : ☐ Avec mécanisme de compensation, préciser : _____ <i>(Ex. : technique spécifique, loupe, miroir, proche aidant, etc.)</i> ☐ Avec recommandation de consultation en service professionnel, préciser : _____ <i>(Ex. : ergo, physio, nutritionniste, etc.)</i>			
☐ Confier le soin à un aide-soignant			

[illegible]

#Dossier :

[illegible]

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales