



MOCLI60791

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION INFIRMIÈRE ADMISSION UNITÉ DE SANTÉ MENTALE ET UIBP

Consignes : Avoir avec vous la référence du psychiatre, le formulaire Évaluation en santé mentale-infirmière de liaison à l'urgence (CLI-60163) et/ou tout autre outil d'évaluation pertinent à l'admission. Au besoin, procéder à des évaluations complémentaires pour compléter votre évaluation (ex. : CLI-60436 Repérage du risque suicidaire).

ARRIVÉE À L'UNITÉ ET RAISON D'ADMISSION

Date : _____ Heure : _____ Provenance : _____
Mode d'arrivée : _____ Accompagné(e) par : _____
Admission volontaire de l'utilisateur : ☐ Oui ☐ Non Statut légal : _____
Raison d'admission : _____

ÉTAT DE L'USAGER À L'ADMISSION

Évaluation possible selon l'état de l'utilisateur : ☐ Oui ☐ Non
Si non, préciser la raison : _____
Report de l'évaluation : ☐ Oui* ☐ Non
*Si oui, reprendre un nouveau formulaire lorsque l'évaluation n'a pu être entièrement complétée et remplir uniquement les sections incomplètes

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

ÉLÉMENTS SOCIAUX

☐ Section complétée à l'aide des évaluations obtenues du psychiatre, de l'infirmière de liaison (CLI-60163) ou de l'intervenant psychosocial Section non complétée, se référer à la note du psychiatre

Comment décririez-vous l'endroit où vous habitez? ☐ Appartement/Maison ☐ Maison de chambre ☐ RI-RTF ☐ CHSLD
☐ RPA ☐ Chez un membre de l'entourage ☐ Sans domicile fixe ☐ Autre : _____
Est-ce que vous êtes sous un régime de protection? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non connu Préciser : _____
Est-ce que vous avez des personne(s) à charge? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Avez-vous un emploi? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Êtes-vous aux études : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Recevez-vous une indemnité de remplacement de revenu : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Avez-vous accès à du soutien de vos proches, d'organisme(s) communautaire(s), d'un travailleur social, d'un éducateur spécialisé ou de tous autre(s) intervenant(s)? ☐ Oui ☐ Non
Préciser : _____

PERCEPTIONS DE L'USAGER

Comment envisagez-vous votre hospitalisation? _____
Quels sont vos symptômes; quand et comment ont-ils commencés? _____
Est-ce qu'il y a des stratégies qui aident à diminuer ou à cesser ces symptômes : ☐ Oui ☐ Non
Préciser : _____
Est-ce qu'il y a des changements récents dans vos capacités à accomplir vos activités de la vie quotidienne et vos activités de la vie domestique (ex. : passer l'aspirateur, se laver)? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Est-ce qu'il y a des changements récents dans vos capacités à accomplir vos responsabilités familiales, vos responsabilités au travail ou autres? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

PERCEPTIONS DE L'USAGER (suite)

Est-ce qu'il y a des changements récents au niveau de la qualité de vos relations avec les personnes de votre entourage?

☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Selon vous, comment votre entourage perçoit-il votre hospitalisation? _____

Est-ce qu'il y a des répercussions de votre hospitalisation pour vous ou votre entourage?

☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Quels sont vos attentes et objectifs en lien avec l'hospitalisation : _____

SANTÉ PHYSIQUEAvez-vous des antécédents de santé physique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____Avez-vous des problèmes de santé physique (neurologique, tégumentaire, respiratoire, cardiovasculaire, gastro-intestinale, urinaire, génital/reproducteur, endocrinien, musculosquelettique) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Est-ce qu'il y a des stratégies qui vous aident à diminuer ou cesser vos symptômes associés aux problèmes de santé physique plus haut?

☐ Oui ☐ Non Préciser : _____Êtes-vous en attente de rendez-vous ou de résultats médicaux : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____Êtes-vous enceinte? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Nombre de semaines : _____

Suivis de grossesse : ☐ Oui ☐ NonEst-ce qu'il y a une possibilité de grossesse actuelle? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Préciser : _____

EXAMEN PHYSIQUE

Signes vitaux

☐ Voir paramètres fondamentaux (AH-261)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Tour de taille : _____ cm

IMC* : _____ *IMC= Poids (kg)/taille (m)²

Interprétation IMC

☐ **Moins de 18,5** Insuffisance pondérale☐ **18,5 à 24,9** Corpulence normale☐ **25 à 29,9** Surpoids☐ **30 à 34,9** Obésité modérée☐ **35 à 39,9** Obésité sévère☐ **Plus de 40** Obésité massive(Référence : *Organisme mondial de la santé, 2005*)

Particularité(s): _____

SANTÉ MENTALE☐ **Section complétée à l'aide des évaluations obtenues du psychiatre ou de l'infirmière de liaison (CLI-60163)**Avez-vous des antécédents de problèmes de santé mentale ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Avez-vous actuellement un ou des problème(s) en santé mentale? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Est-ce qu'actuellement vous avez des traitements ou des suivis en santé mentale? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Est-ce que vous avez déjà eu des traitements ou des suivis pour un problème de santé mentale? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Est-ce qu'il y a des antécédents de problème(s) mental(aux) dans votre famille? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

HABITUDES DE VIE ET CONSOMMATION

☐ **Section complétée à l'aide de l'évaluation obtenue de l'urgence, du psychiatre ou de l'infirmière de liaison (CLI-60163)**

Avez-vous déjà consommé une substance psychoactive (SPA) (alcool, opioïdes, médication illicite/prescrite, drogue)? ☐ Oui ☐ Non, passer à la section suivante

À quand remonte la dernière consommation ? Date : _____ Heure : _____

Énumérez les substances consommées : _____

Quelle quantité consommez-vous par jour ou par semaine ? _____

Quelle(s) sont les voies de votre consommation : ☐ Oral ☐ Nasal ☐ Fumé ☐ Injecté ☐ Transdermique ☐ Intra-rectal

Avez-vous des symptômes de sevrage à l'arrêt ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquels et le délai d'apparition : _____

Avez-vous déjà eu des complications de sevrage ? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Avez-vous déjà reçu un traitement pour le sevrage d'alcool ou pour un trouble d'utilisation d'opioïdes ? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Avez-vous déjà fait un coma éthylique (alcool) ou une surdose autre SPA? ☐ Oui ☐ Non

Préciser (substance et date du dernier événement) : _____

Avez-vous un suivi actuellement en lien avec votre consommation ? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Quels sont vos objectifs en lien avec votre consommation : _____

CIWA-modifiée (CLI-60449) Score : _____ COWS (CLI-60306) Score : _____

Est-ce que vous faites usage de produits tabagiques /de vapotage? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Est-ce que vous consommez des produits à base de caféine (café, boisson gazeuse, boisson énergisante)? ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

FACTEURS DE RISQUES

Suicide
Indices de vulnérabilité au suicide détectés: _____
Réponses aux questions du repérage suicidaire: _____
Résultat du repérage du risque suicidaire: ☐ Positif ☐ Négatif
Actions effectuées suite au repérage positif: _____

Se référer au document PRO-10237-Prévention du suicide Annexe E

Dangerosité envers soi et dangerosité envers autrui
Idées auto-agressives : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Automutilation récente ou ancienne : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Idées hétéroagressives (ex. idée homicide, etc.) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Comportement(s) impulsif(s)/agressif(s) récent(s) ou ancien(s) envers les objets : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Comportement(s) impulsif(s)/agressif(s) récent(s) ou ancien(s) envers des personnes : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

- Si indice de vulnérabilité à un homicide, référer à un intervenant habilité

Niveau de dangerosité selon la Grille de potentiel de dangerosité OMEGA :

☐ Tension Émotive ☐ Collaboration conditionnelle ☐ Réfractaire ☐ Destructeur

☐ Intimidation psychologique ☐ Résistance active ☐ Agression physique ☐ Assaut grave

☐ Menace exceptionnelle

Fugue
Indice(s) de vulnérabilité à une fugue : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Chute
Usager de 65 ans et plus: ☐ Oui ☐ Non

Facteurs de risque de chute identifiés selon le formulaire Dépistage et évaluation-risque de chute (CLI-60248)

☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Si oui à l'une ou l'autre de ces questions procéder au dépistage et à évaluation du risque de chute

FACTEURS DE RISQUES (suite)

Thromboembolie veineuse (TEV)	Usager actuellement sous anti-coagulothérapie : ☐ Oui ☐ Non Si non → poursuivre avec l'identification de facteurs de risque (ex. âge ≥ 40 ans, alitement, tabagisme, obésité, traitement hormonal, trauma ou chirurgie récente, cancer, grossesse, TEV dans le passé, etc.) Facteur(s) de risque identifié(s) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ _____ Si un ou des facteur(s) de risque identifié(s) → référer vers le médecin pour évaluation et remettre à l'usager le feuillet <i>Prévenir la formation d'un caillot dans une veine - Thromboembolie veineuse (TEV)</i>
-------------------------------	---

EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

Apparence	_____
Comportement moteur	_____
Langage	_____
Attitude	_____
État émotionnel	_____
Opération de la pensée	_____
Perceptions	_____
Fonctions cognitives	_____

PERCEPTIONS DE L'ENTOURAGE

☐ Impossible de questionner l'entourage ☐ Section complétée à l'aide de l'évaluation obtenue du psychiatre ou de l'infirmière de liaison (CLI-60163)
Comment percevez-vous les symptômes de votre proche? _____ _____ _____ Comment percevez-vous l'hospitalisation de votre proche (ex. : attentes, implication, inquiétude)? _____ _____ _____

IDENTIFICATION DES BESOINS PRIORITAIRE SELON L'INFIRMIÈRE

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____