



MOCLI60811

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION INITIALE INFIRMIÈRE TRAITEMENT INTENSIF BREF À DOMICILE (TIBD)

Consignes : Avoir avec vous la référence du psychiatre ou médecin, l'Évaluation infirmière admission unité santé mentale et UIBP lorsque référé par le centre hospitalier ([CLI-60791](#)) et/ou tout autre outil pertinent à l'évaluation. Au besoin, procéder à des évaluations complémentaires pour compléter celle-ci (ex : [CLI-60434](#) repérage du risque suicidaire)

MOTIF DE RÉFÉRENCE

Date : _____aaaa/mm/ji_____ Heure : _____hh:mm_____ Médecin référent/provenance : _____

Motif de référence : _____

Présence de proche aidant : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

Double identification faite avec ☐ RAMQ ☐ Permis de conduire ☐ Autre document : _____

Coordonnées : _____

ÉTAT DE L'USAGER

Évaluation possible selon l'état de l'utilisateur : ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez 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 : _____aaaa/mm/ji_____

SANTÉ PHYSIQUE

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Intolérances : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Avez-vous déjà fait un choc anaphylactique : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Si oui, avez-vous un auto-injecteur d'épinéphrine ☐ Oui ☐ Non Préciser à quel endroit il se trouve : _____

À noter que l'huile de coco, végétale et sésame sont des véhicules utilisés dans certains médicaments comme le Clopixon dépôt, l'Haldol LA, le Fluanxol Dépôt

Avez-vous des antécédents de santé physique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Avez-vous des problèmes de santé physique actuellement (neurologique, tégumentaire, respiratoire, cardiovasculaire, gastro-intestinal, urinaire, génital/reproducteur, endocrinien, musculosquelettique) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Êtes-vous en attente de rendez-vous ou de résultats médicaux : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

Allaitez-vous présentement : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous le devenir : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O Nombre de semaines : _____

Suivi de grossesse : ☐ Oui ☐ Non IPS/Médecin : _____

Cycle menstruel : ☐ Régulier ☐ Irrégulier ☐ Durée du cycle : _____ ☐ S/O Particularités : _____

Utilisez-vous de la contraception : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Avez-vous un médecin de famille ou une IPS : ☐ Oui ☐ Non Préciser coordonnées : _____

Si aucun médecin de famille, êtes-vous inscrit au Guichet d'accès à un médecin de famille : ☐ Oui ☐ Non

EXAMEN PHYSIQUE

TA : ____ / ____ mmHg Pouls : ____ /min Saturation O₂ : ____ % FR : ____ /min Température : ____ °C
 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

MÉDICATION

Êtes-vous autonome dans la gestion de votre médication : ☐ Oui ☐ Non Préciser : ____
 Si non, acceptez-vous la mise en dispill de votre médication durant votre suivi au TIBD : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser : ____
 Acceptez-vous la supervision de la médication durant votre suivi au TIBD : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser : ____
 Avez-vous des réticences face au changement possible de médication : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
 Préciser : ____
 Êtes-vous sous ordonnance de traitement : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
 Si oui, connaissez-vous la date de fin : ☐ Oui ☐ Non Préciser : ____
 Médication injectable : ☐ Oui ☐ Non Préciser la molécule : ____
 Dernière dose : ____ aaaa/mm/jj Prochaine dose prévue : ____ aaaa/mm/jj
 Ressentez-vous des effets secondaires importants actuellement : ☐ Oui ☐ Non Préciser : ____
 Symptômes extrapyramidaux : ☐ Dystonie ☐ Symptômes pseudo-parkinsoniens ☐ Akathisie ☐ S/O
 Préciser : ____
 Quelles sont les coordonnées de votre pharmacie ? : ____
 Modalité de paiement de la médication : ☐ RAMQ ☐ Assurance privée ☐ Aide sociale ☐ Autochtone ☐ Aucune

SANTÉ MENTALE

☐ **Section complétée à l'aide des évaluations obtenues des référents (psychiatre, infirmière de liaison, TS etc.)**
 Avez-vous des antécédents de problèmes de santé mentale : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser : ____
 Est-ce qu'il y a des antécédents de problèmes mentaux dans votre famille : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser : ____
 Avez-vous déjà été hospitalisé en santé mentale ou été suivi au TIBD : ☐ Oui ☐ Non Préciser (date de la dernière, motif, durée) : ____
 Avez-vous présentement des suivis (psychiatre, médecin de famille, infirmier, travailleur social, etc.) : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser le nom du professionnel et ses coordonnées : ____
 Nom du professionnel : ____ Date du prochain suivi : ____ aaaa/mm/jj
 Nom du professionnel : ____ Date du prochain suivi : ____ aaaa/mm/jj

USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)

☐ **Section complétée à l'aide des évaluations obtenues des référents (psychiatre, infirmière de liaison, TS etc.)**
 Avez-vous déjà consommé une SPA (alcool, opioïdes, médication marché illicite/prescrite, drogue) :
☐ Oui ☐ Non **Si non, passez à la section habitude de vie.**
 À quand remonte la dernière consommation ? Date : ____ aaaa/mm/jj Heure : ____ hh:mm
 Énumérez les substances et les quantités consommées par jour/semaine : ____
 Quelles sont les voies d'administration des SPA : ☐ Oral ☐ Nasal ☐ Fumé ☐ Injecté ☐ Transdermique ☐ Intrarectal
 Avez-vous des symptômes de sevrage à l'arrêt : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser lesquels et le délai d'apparition : ____
 Avez-vous déjà reçu un traitement pour le sevrage d'alcool ou pour un trouble de l'utilisation d'opioïdes : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser : ____
 Avez-vous déjà fait une surdose* à une SPA autre que l'alcool? : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser (substance et date du dernier événement) : ____
*Compléter fiche signalement de surdose lorsqu'applicable
 Avez-vous un suivi actuellement en lien avec votre consommation : ☐ Oui ☐ Non Précisez : ____
 Quels sont vos objectifs en lien avec celle-ci (Arrêt, réduction) : ____
 Avez-vous une trousse de Naloxone : ☐ Oui ☐ Non Préciser l'endroit où elle se trouve : ____
Si consommation d'alcool, remplir les formulaires suivants : PAWSS (BRU-90016) Interprétation : ____
 CIWA-modifiée (CLI-60449) Interprétation : ____
Si consommation d'opioïdes, remplir le formulaire suivant : COWS (CLI-60306) Interprétation : ____
 Rappel : En cas d'utilisation d'un dépresseur du SNC (alcool, GHB, benzodiazépines), informer la personne **du risque de sevrage et de ne pas interrompre brusquement sa consommation.**

HABITUDES DE VIE**Sommeil**

Qualité du sommeil : ☐ Bonne ☐ Perturbée Préciser (*heures de sommeil, éveils fréquents, cauchemars, etc.*) :

Alimentation

Nombre de repas/jour : _____ Type : ☐ Restrictive ☐ Hyperphagie ☐ Perte d'appétit ☐ Alimentation équilibrée

Êtes-vous satisfait de votre alimentation : ☐ Oui ☐ Non Préciser (*saut de repas, grignotage, diète particulière, difficulté d'accès à la nourriture, etc.*) :

Tabagisme

☐ Oui ☐ Non Préciser (*type de produit, quantité quotidienne, durée, tentative de sevrage, etc.*):

Caféine/Boissons stimulantes

☐ Oui ☐ Non Préciser (*ex. : café, boissons énergisantes, nombre de portions par jour, dernier moment de consommation*) :

EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

☐ Section non complétée, se référer à la note du psychiatre

Apparence	_____ _____ _____ _____
Comportement moteur	_____ _____ _____ _____
Langage	_____ _____ _____ _____
Attitude	_____ _____ _____ _____
État émotionnel (Humeur et affect)	_____ _____ _____ _____
Opération de la pensée (cours/processus/ contenu)	_____ _____ _____ _____
Perceptions (hallucinations, illusions)	_____ _____ _____ _____
Fonctions cognitives (orientation, mémoire, concentration)	_____ _____ _____ _____

[illegible]

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____

PLANIFICATION DES SOINS ET DU SUIVI

Section à compléter lorsque l'usager est admis au TIBDInscription au Guichet d'accès à un médecin de famille : ☐ Oui ☐ Non ☐ À faire

Fréquence des visites à domicile : _____

Disponibilités de l'horaire des visites : ☐ Jour ☐ Soir Précisez : _____Prochain suivi : ☐ Domicile ☐ Téléphone Date : ____/____/____ Heure : ____:____

Fréquence des signes vitaux : _____

Bilan comparatif des médicaments (BCM) : ☐ Complété ☐ À faireMédication ou produit naturel récupérés au domicile : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez les molécules : _____

Lieu d'entreposage : ☐ Un proche ☐ Pharmacie communautaire ☐ TIBDGestion de la médication : ☐ Oui* ☐ Non**Planifier au Kardex le jour de début du dispill, sa vérification, et les modalités entourant la récupération*Pharmacien communautaire contacté : ☐ Oui ☐ Non ☐ À faireSupervision directe de la médication nécessaire : ☐ Oui ☐ Non Préciser : ☐ Matin ☐ Midi ☐ Souper ☐ HSUtilisation de médication PRN : ☐ Oui ☐ NonPréciser : ☐ Laisser à l'usager ☐ Gestion par l'équipe TIBDPlanifier entente de remboursement médicaments avec la pharmacie du HAL : ☐ Fait ☐ À faire ☐ S/O☐ Bilans sanguins à prévoir, préciser : _____☐ Mise en place de l'ordonnance collective suivante : _____Remise de Naloxone : ☐ Oui ☐ À planifier ☐ S/ORemise de matériel de consommation : ☐ Oui ☐ À planifier ☐ S/O☐ Référence vers SIDEPE (ITSS, matériel consommation) ☐ Référence vers CAMI (matériel de consommation)Plan de sécurité du risque suicidaire : ☐ Complété ☐ À fairePlan de sécurité du risque homicidaire : ☐ Complété ☐ À faireObjets retirés en lien avec le risque suicidaire/homicidaire : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : _____

Planification autre : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'infirmière : _____

Date : ____/____/____

Références : Brassard, Yvon, et Dany Morissette. *Soins infirmiers: santé mentale et psychiatrie*. With Katherine M. Fortinash et al., 2^e édition. Édition française., Chenelière éducation, 2016. The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management ». *Default*, <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/alcohol-withdrawal-management-guideline>.