

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAAA-MM
 Nom de la mère : _____

DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE

ÉTAPE A : CRITÈRES PRÉALABLES AU DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE

BLOC 1

- | | NON | OUI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Est-ce que l'utilisateur est alerte et éveillé, ou capable de répondre à la parole ? | ☐ | ☐ |
| 2. Est-ce que l'utilisateur est capable de maintenir une position assise et a le contrôle de sa tête ? | ☐ | ☐ |

Si vous avez répondu NON à l'une des questions : **Ne pas poursuivre le test** (étapes A et B)
 - Avertissez l'équipe médicale pour assurer hydratation adéquate de l'utilisateur.
Réévaluez dans 24 heures
 - Si aucun changement, avertissez l'équipe médicale pour assurer nutrition de l'utilisateur.

Si vous avez répondu OUI aux 2 questions, poursuivre avec le BLOC 2 ci-dessous.

BLOC 2

- | | NON | OUI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3. Est-ce que l'utilisateur peut tousser sur demande ? | ☐ | ☐ |
| 4. Est-ce que l'utilisateur est en mesure de contrôler sa salive ? | ☐ | ☐ |
| 5. Est-ce que l'utilisateur est capable de toucher sa lèvre supérieure et inférieure avec sa langue ? | ☐ | ☐ |
| 6. Est-ce que l'utilisateur est capable de respirer librement et maintenir une SpO ₂ stable ? | ☐ | ☐ |

Si vous avez répondu NON à l'une des questions : **Ne pas poursuivre le test** (étapes A et B)
 - Demandez une consultation à l'équipe dysphagie avec motif de référence « Dépistage dysphagie positif » en précisant le diagnostic de l'utilisateur.
 - Avertissez l'équipe médicale pour assurer hydratation et nutrition adéquates et pour l'administration des médicaments PO.

Si vous avez répondu OUI aux questions 3 à 6, poursuivre avec le BLOC 3 ci-dessous.

BLOC 3

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. Est-ce que l'utilisateur a une voix mouillée ou enrhumée ? | ☐ | ☐ |

Si vous avez répondu OUI à la question : **Ne pas poursuivre le test** (étape B)
 - Demandez une consultation à l'équipe dysphagie avec motif de référence « Dépistage dysphagie positif » en précisant le diagnostic de l'utilisateur.
 - Avertissez l'équipe médicale pour assurer hydratation et nutrition adéquates et pour l'administration des médicaments PO.

Si vous avez répondu NON à la question, procéder au test de dépistage (étape B au verso).

Références : Traduction libre et adaptation du Standardized Swallowing Screen, Perry, L. (2001). J Clin Nurs, 10, 463-473.

Signature et profession : _____ Date : _____ AAAAA-MM-JJ Heure : _____ HH:MM

Nom : _____

Prénom : _____

#Dossier : _____

ÉTAPE B : DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE

USAGER ALERTE ET EN POSITION ASSISE À 90°

Lors de l'identification d'un problème vous empêchant de compléter le dépistage, cochez la case appropriée.

Donnez une première cuillère à thé d'eau (5 mL)	☐ Aucune tentative d'avaler ou fuite d'eau de la bouche ou présence de toux, suffocation, essoufflement ou voix enrouée / mouillée, après avoir avalé ou vous êtes incertain.	Usager NPO Référez à l'équipe dysphagie* Aviser le médecin
	☐ Aucun problème	
Donnez une deuxième cuillère à thé d'eau (5 mL)	☐ Présence de toux ou suffocation ou essoufflement ou voix enrouée / mouillée, après avoir avalé ou vous êtes incertain.	Usager NPO Référez à l'équipe dysphagie* Aviser le médecin
	☐ Aucun problème	
Donnez une troisième cuillère à thé d'eau (5 mL)	☐ Présence de toux ou suffocation ou essoufflement ou voix enrouée / mouillée, après avoir avalé ou vous êtes incertain.	Usager NPO Référez à l'équipe dysphagie* Aviser le médecin
	☐ Aucun problème	
Donnez un petit verre d'eau (125 mL)	☐ Présence de toux ou suffocation ou essoufflement ou voix enrouée / mouillée, après avoir avalé ou vous êtes incertain.	Usager NPO Référez à l'équipe dysphagie* Aviser le médecin
	☐ Aucun problème	

Si **AUCUN PROBLÈME** : Obtenir ordonnance médicale pour diète appropriée à la condition de santé de l'usager. Assurez-vous que l'usager est assis à 90° pour manger **ET** supervisez le premier repas (par l'infirmière). En cas d'incertitude ou pour toutes autres préoccupations, référez-vous à l'équipe médicale ou à l'équipe de dysphagie. **RÉPÉTEZ LE DÉPISTAGE S'IL Y A DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL OU DE LA FONCTION DE LA DÉGLUTITION** en remplissant un nouveau formulaire.

Si aucune préoccupation, poursuivre l'alimentation et maintenir une surveillance attentive aux différents signes de dysphagie.

* Demandez une consultation à l'équipe dysphagie avec motif de référence « Dépistage dysphagie positif » en précisant le diagnostic de l'usager.

Références : Traduction libre et adaptation du Standardized Swallowing Screen, Perry, L. (2001). J Clin Nurs, 10, 463-473. CSSS Alphonse-Desjardins, CHU de Lévis, Dépistage de la dysphagie, version 10 sept. 2014, 2 p. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Dépistage standardisé de la dysphagie, version mars 2014, 2 p. CISSS des Laurentides, Dépistage standardisé de la dysphagie, version 4 oct. 2016, 2p.

Signature et profession : _____

Date : _____

Heure : _____

AAAA-MM-JJ

HH:MM