

GRILLE D'ANALYSE PAR CRITÈRES IMPLICITES

Décès en soins de longue durée, soins palliatifs

Service :	Code du médecin :
No de dossier :	Installation :
Âge :	Date d'admission :

QUALITÉ DE L'INFORMATION AU DOSSIER

☐ Insuffisante ☐ Acceptable ☐ Très bonne

NIVEAU DE SOINS

Indication au dossier ☐ Très bien ☐ Acceptable ☐ Aucune indication
Respect du niveau de soin indiqué ☐ Oui ☐ Non

QUALITÉ DES SOINS

(PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, DÉTRESSE RESPIRATOIRE, AGITATION, ETC.)

	Très bien	Acceptable	Insuffisant
Présence médicale	☐	☐	☐
Évaluation clinique durant l'hospitalisation	☐	☐	☐
Utilisation de la médication	☐	☐	☐
Respect du protocole / procédure de soins	☐	☐	☐
Communication entre les intervenants	☐	☐	☐

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET CONCLUSIONS

RECOMMANDATIONS

Signature du médecin responsable :

Date :

Retourner le tout à : cmdp.ciissmo16@ssss.gouv.qc.ca

Archiviste ressource, archives médicales :