Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60103

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

ÉVALUATION
RECOURS À LA SURVEILLANCE ACCRUE

** Consignes: Se référer à RSI-– ANNEXE I Aide-mémoire – Recours à une surveillance accrue* et à l'*Annexe A Surveillance accrue – Soutien pour la détermination du niveau de surveillance*

SITUATION(S) À RISQUE OU RISQUE(S)

☐ Agressivité ou violence
☐ Agitation
☐ Automutilation
☐ Risque suicidaire
☐ Errance
☐ Risque de fugue
☐ Risque de chute
☐ Autre(s) : _____

FACTEUR(S) CONTRIBUTOIRE(S)

☐ Douleur
☐ Délirium
☐ Changements d'environnement
☐ Bruits
☐ Éclairage déficient
☐ Absence de repères temporels, spatiaux et humains
☐ Intoxication
☐ Sevrage

☐ Autres facteurs ayant un impact sur le risque identifié : _____

RECHERCHE DE MESURES DE REMPLACEMENT ET DE SOLUTIONS

☐ Mesures de remplacement (CLI-60058)
☐ Solutions discutées avec l'équipe interdisciplinaire, l'usager ou ses proches : _____

DÉTERMINATION DE LA SURVEILLANCE

☐ Surveillance usuelle jugée insuffisante pour assurer la sécurité ou l'intégrité de l'usager ou celle de d'autres personnes

☐ Mise en place de la surveillance accrue : ☐ Surveillance discrète ☐ Surveillance étroite ☐ Surveillance constante

SUIVI DU RECOURS À LA SURVEILLANCE

☐ Prévoir le suivi au PTI : Réévaluation du recours aux 8 heures et au besoin selon la condition clinique de la personne usagère

**L'infirmier·ère doit aviser le médecin ou l'IPS s'il y a un changement dans la condition clinique de la personne usagère et que le niveau de surveillance préalablement établi ne répond plus aux besoins de la personne usagère. Cette communication doit être effectuée dans les plus brefs délais, en particulier si le niveau de risque a augmenté et qu'une surveillance plus rapprochée s'impose.*

Signature et titre : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

RÉÉVALUATION DU RECOURS AUX 8 HEURES ET AU BESOIN SELON LA CONDITION CLINIQUE

** L'infirmier·ère doit tenir compte des observations collectées lors de la surveillance (ex. au formulaire (CLI-60113) Observations cliniques – Surveillance accrue)*

Surveillance : ☐ Maintenue ☐ Ajustée (spécifier) : _____
☐ ICASI/ASI/ICE ou remplaçant avisé ☐ Ajustement du PTI

Signature et titre : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

Surveillance : ☐ Maintenue ☐ Ajustée (spécifier) : _____
☐ ICASI/ASI/ICE ou remplaçant avisé ☐ Ajustement du PTI

Signature et titre : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm

Surveillance : ☐ Maintenue ☐ Ajustée (spécifier) : _____
☐ ICASI/ASI/ICE ou remplaçant avisé ☐ Ajustement du PTI

Signature et titre : _____ Date et heure : aaaa/mm/jj hh:mm