

Admis le : \_\_\_\_\_ Date de la rencontre : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ Niveau de soins : \_\_\_\_\_

**Principaux diagnostics** : Indiquez, tout d'abord, le ou les diagnostics qui ont contribué au déclin de l'autonomie fonctionnelle. Ex : Maladie d'Alzheimer, AVC (2008), maladie de Parkinson, sclérose en plaques, diminution de l'état général, etc. Énumérez les autres diagnostics qui nécessitent un suivi médical ou qui ont une incidence sur le suivi. Ex : Diabète type II, HTA, MCAS, anémie, lymphœdème, diverticulose, fracture hanche (2014), etc.

**Histoire sociale** : Indiquez si le résident a été admis au CHSLD après un séjour (durée) dans un autre établissement ou s'il vivait à domicile. Précisez les circonstances qui ont entraîné l'admission au CHSLD. Spécifiez son statut civil (ex : célibataire sans enfant, veuf (année), 2<sup>e</sup> mariage, etc.) Documentez l'implication du conjoint, des enfants ou des personnes significatives, selon le cas. Mentionnez également si ces derniers vivent dans la région et si des conflits existent entre eux qui pourraient avoir un impact sur le suivi, etc.

**Attentes de la personne/famille :**

Résumez les principales attentes du résident si ce dernier est en mesure de s'exprimer ainsi que celles des personnes significatives.

**Suivi : Ergothérapie**  **Réadaptation/TRP**  **Nutrition**  **Travail social**  **Éducation spécialisée**

Indiquez si un suivi est fait par les différents professionnels de l'équipe interdisciplinaire.

**Suivi : PII-PTI** : Cochez, dans l'espace approprié, si un suivi doit être fait au niveau du plan thérapeutique infirmier (PTI) et du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en lien avec les problèmes ou les besoins identifiés.

A	<p><b>AUTONOMIE- MOBILITÉ</b> <i>Voyer (2013) Chap. 2, 13</i> <i>Voyer (2017) Chap. 1</i> <i>Les bases</i></p>	<p>Référez au <b>tableau de soins SMAF</b> ou à l'<b>OEMC</b>. Inscrivez les résultats actuels de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sur la grille de calcul prévue à cet effet. Selon le cas, complétez les tests suivants : <b>Time up and go, Test d'équilibre</b>, etc. D'autres tests seront également faits par la technicienne en réadaptation.</p> <p>Vous devrez préalablement planifier une rencontre avec l'équipe de soins afin de mettre à jour les données en lien avec l'autonomie fonctionnelle.</p> <p>Comparez les résultats obtenus antérieurement et indiquez à quel niveau se situe la perte ou l'amélioration, s'il y a lieu (ex : perte de 3 points au niveau cognitif, ↓ de l'autonomie lors des transferts, ne s'alimente plus seul, etc.)</p> <p>Explorez les causes de ce changement (ex : douleur, ↓ de la vision, médication, trouble cognitif, trouble de l'humeur, trouble de l'équilibre, ↓ de la force musculaire, HTO, syndrome post-chute, syndrome d'immobilisation, etc.)</p> <p>Indiquez si un programme de marche ou d'exercices est en place ou si une demande de consultation en physiothérapie ou en ergothérapie a été faite.</p>
---	--	---

A	<p><b>Risque de chute</b>  <i>Voyer (2013) Chap. 20</i>  <i>Voyer (2017) Chap. 15</i>  <i>Les chutes</i></p>	<p>Inscrivez les résultats obtenus à l'aide de la <b>grille d'évaluation du risque de chute</b>. Comparez le résultat obtenu antérieurement avec le résultat actuel.</p> <p>Vérifiez si de la douleur aux pieds ou aux jambes est signalée.</p> <p>Indiquez, s'il y a lieu, ce qui peut expliquer l'écart entre les résultats (ex : <b>HTO</b>, incontinence urinaire, changement au niveau de la médication, nouvel environnement, etc.)</p>
	<p><b>Nombre et circonstances des chutes</b></p>	<p>Inscrivez le nombre de chutes constatées au cours de la dernière année et les circonstances qui les ont entraînées. Consultez les <b>instruments d'analyse d'une chute</b> complétés au dossier.</p> <p>Voyez s'il y a des liens entre les différents évènements (ex : chute le plus souvent le matin en se levant, lors des transferts du lit au fauteuil ou la nuit en voulant aller aux toilettes, etc.).</p>
I	<p><b>INTÉGRITÉ DE LA PEAU</b>  <i>Voyer (2013) Chap. 22</i>  <i>Les plaies de pression</i>  <i>Voyer (2017) Chap. 14</i>  <i>La peau</i></p>	<p>Inscrivez les résultats obtenus à l'aide de l'<b>échelle de Braden</b> et comparez le résultat des dernières évaluations avec le résultat actuel.</p> <p>Identifiez les facteurs qui peuvent expliquer le résultat ou qui contribuent aux risques (ex : humidité, ↓ de la perception sensorielle, etc.).</p> <p><b>N'oubliez pas que votre jugement clinique est également un indicateur.</b></p>
	<p><b>Risque de plaie ou d'atteinte à l'intégrité de la peau</b></p>	<p>Notez les signes d'atteinte à l'intégrité de la peau ou des muqueuses : démangeaison, irritation, rougeur, desquamation, déchirures cutanées, etc.</p> <p>Indiquez si des traitements sont en cours ex : Shampoing Nizoral, onguent de zinc, etc.</p>
	<p><b>Suivi de plaie(s) ou autres affections cutanées</b></p>	<p>Mentionnez si ATCD ou présence de dermatite d'incontinence, d'intertrigo, de Zona, d'herpès, etc.</p> <p>Indiquez si présence de plaie(s) et précisez le type, le stade, la localisation, le <b>plan de traitement</b>, etc.</p>
<p><b>Œdème</b></p>	<p>Indiquez la localisation de l'œdème. En présence d'<b>œdème à godet</b>, précisez le degré soit : trace, léger, modéré ou sévère selon la profondeur du godet en cm et le temps de résorption de ce dernier.</p> <p>Notez les résultats des mesures prises (cm) au niveau des membres inférieurs ainsi que les résultats de l'<b>indice de pression systolique bras-cheville</b>, si indiqué.</p> <p>Identifiez les moyens mis en place pour contrôler l'œdème : bas de compression (type), élévation des jambes, médication (ex : Lasix), etc.</p>	

# N

<p><b>HYDRATATION</b></p> <p><b>Voyer (2013) Chap. 14</b></p> <p><b>Voyer (2017) Chap. 11</b> <i>L'hydratation et l'état nutritionnel</i></p>	<p>Calculez, selon la <b>méthode de Skipper</b> (p. 236) les besoins hydriques du résident : 1500 ml pour les 20 premiers kg et 15 ml par kg additionnel. Estimez la quantité de liquide prise par jour et indiquez l'écart entre les deux résultats.</p> <p>Évaluez la présence de <b>signes de déshydratation</b> : sécheresse de la langue et des muqueuses de la bouche, perte de poids rapide, ↓ turgor cutané, etc.)</p>
<p><b>NUTRITION</b></p> <p><b>Appétit</b></p>	<p>Consultez l'équipe de soins afin de déterminer si le résident a mangé moins de 75 % des aliments servis au cours des 7 derniers jours. Complétez le journal alimentaire durant une semaine, au besoin et le <b>MNA</b> pour le dépistage de la dénutrition. Mesurez la <b>circonférence branchiale</b>.</p> <p>Indiquez si un suivi en nutrition est déjà assuré ou si une consultation a été demandée.</p>
<p><b>Poids</b></p>	<p>Inscrivez le poids antérieur et vérifiez s'il y a eu ↓ ou ↑ du poids au cours de la dernière année.</p> <p>Établissez le % de perte involontaire au cours des derniers mois (si plus de 5% en 1 mois ou plus de 10 % en 6 mois). Explorez les causes probables de ce changement. Calculez l'<b>IMC</b> (poids (kg) /taille (m<sup>2</sup>).</p>
<p><b>Diète</b></p>	<p>Vérifiez le type de diète, l'indication et les changements apportés depuis la dernière évaluation, s'il y a lieu.</p>
<p><b>Dénutrition et dysphagie</b></p> <p><b>Voyer (2013) Chap. 15</b></p>	<p>Faites le <b>test de la gorgée</b>. Indiquez si une problématique de dysphagie est confirmée et si une diète en purée, des liquides épaissis ou une surveillance particulière sont indiqués.</p> <p>Identifiez les <b>indices de dysphagie</b>.</p> <p><i>Tableau 15.4 : Signes cliniques permettant de détecter la dysphagie (p. 252)</i></p>
<p><b>Santé buccodentaire</b></p> <p><b>Voyer (2013) Chap. 16</b></p> <p><b>Voyer (2017) : Chap. 10</b> <i>L'appareil buccodentaire et la déglutition</i></p>	<p>Inspectez la cavité buccale et le fond de la gorge et vérifiez s'il y a présence de rougeur, de plaie, d'ulcération, de saignement des gencives, etc. Notez la présence de caries ou de dents branlantes.</p> <p>Si le résident a des prothèses dentaires, vérifiez si elles sont bien ajustées, si elles sont portées et sinon, quelle en est la raison.</p> <p>Indiquez à quand remonte la dernière visite chez le dentiste ou le denturologue.</p>
<p><b>Résultats de laboratoire</b></p> <p><b>Voyer (2013) Chap. 15</b></p>	<p>Comparez les différents résultats (ex. : albumine sérique, hémoglobine, fer, ferritine, etc.) et notez les écarts, s'il y a lieu.</p> <p><i>Tableau 15.1 : Indicateurs biochimiques de la dénutrition (p. 250)</i></p> <p>Si aucun nouveau résultat n'est disponible au dossier, validez avec le médecin la pertinence de faire un bilan sanguin.</p>

É	<p><b>ÉLIMINATION</b></p> <p><b>Fonction vésicale</b></p> <p><i>Voyer (2013) Chap. 17</i></p>	<p>Indiquez si présence de signes d'infection urinaire, de rétention urinaire ou d'incontinence urinaire.</p> <p>Indiquez si le résident est porteur de sonde urinaire ou si des cathétérismes sont nécessaires ainsi que leur fréquence.</p> <p>Mentionnez si une ou des infections urinaires ont été confirmées par des analyses d'urine et si ces infections ont nécessité un traitement d'antibiotiques au cours des derniers mois.</p> <p>Précisez le type d'incontinence (totale, goutte à goutte, d'effort, etc.) Identifiez s'il s'agit d'incontinence de novo ou si plus fréquente.</p> <p>Évaluez si le résident ressent le besoin d'uriner. Recherchez les causes de l'incontinence (ex : délai d'attente trop long, incapacité de se rendre aux toilettes en raison d'une atteinte cognitive, d'une atteinte de la motricité ou d'obstacles environnementaux).</p> <p>Si indiqué, procédez à l'évaluation du résidu post mictionnel par ultrasons (Bladder scan).</p> <p>Précisez si une médication est donnée en lien avec la problématique (ex. : Ditropan, Vesicare, etc.)</p> <p>Notez les autres mesures prises pour pallier (ex. : programme d'incontinence). Voir à compléter, selon le cas, le <b>Journal des urines</b> afin d'évaluer la situation.</p> <p>Examinez la région génito-anale et recherchez la présence d'affections cutanées, de prolapsus, etc.</p>
	<p><b>Fonction intestinale</b></p> <p><i>Voyer (2013) Chap. 18</i></p>	<p>Indiquez si diarrhée, incontinence fécale totale ou occasionnelle. Précisez si la problématique est de novo ou plus fréquente.</p> <p>Vérifiez si constipation fréquente ou occasionnelle et les mesures prises pour pallier. Indiquer, s'il y a lieu, le nombre de fois où le <b>protocole</b> a été appliqué au cours du dernier mois.</p> <p>Évaluez si le résident ressent le besoin d'aller à la selle ou s'il est en mesure de demander d'aller à la toilette.</p> <p>Recherchez les causes de l'incontinence, si elles ne sont pas déjà connues.</p>
E	<p><b>ÉTAT COGNITIF</b></p> <p><i>Voyer (2017) : Chap. 2</i></p> <p><i>Les troubles neurocognitifs majeurs</i></p>	<p>Inscrivez le résultat de la dernière évaluation cognitive obtenu à l'aide du <b>MEEM</b> (examen de Folstein) ou du <b>MOCA</b> selon le niveau de scolarité du résident.</p> <p>Comparez avec les résultats obtenus antérieurement, s'il y a lieu.</p> <p>Complétez, selon la situation, le <b>test de l'horloge</b> ou le <b>test de la fluence verbale</b>. Décrivez les manifestations observées (ex. : signes cliniques de délirium, désorientation, illusions ou hallucinations, propos incohérents ou désorganisés, signes d'anxiété, troubles de l'humeur, etc.)</p>

<b>E</b>	<p><b>ÉTAT COGNITIF</b></p> <p><i>Voyer (2013) Chap. 9 : Délirium</i></p> <p><i>Voyer (2017) : Chap. 4 L'État mental : Le délirium et ses sous-syndromes</i></p>	<p>En cas de suspicion de délirium, identifiez les facteurs prédisposants et précipitants (ex. : troubles cognitifs, troubles visuels, déshydratation, contention physique, changement récent de milieu, etc.) (p. 156-157)</p> <p>Utiliser l'outil de repérage <b>RADAR</b> pour cibler les comportements qui y sont associés soit : somnolence, incapacité de répondre aux consignes et ralentissement des mouvements.</p> <p>Appliquez le <b>CAM</b> (test de dépistage) ou le <b>4AT</b> (test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs), s'il y a lieu.</p>
	<p><i>Voyer (2013) Chap. 11 La dépression</i></p> <p><i>Voyer (2017) : Chap. 5 L'état mental : La dépression</i></p>	<p>Considérez les facteurs prédisposants et précipitants de la dépression afin de dépister si le résident est à risque. (p. 188-189)</p> <p>Référez à l'<b>échelle PHQ-9</b> ou à l'<b>échelle de dépression gériatrique (EDG)</b> ou à l'<b>échelle de Cornell</b> (plus spécifique pour évaluer la dépression chez les résidents présentant des troubles cognitifs).</p>
	<p><b>Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</b></p> <p><i>Voyer (2013) Chap. 27-33</i></p> <p><i>Voyer (2017) : Chap. 3 Les SCPD</i></p>	<p>Indiquez si présence de SCPD (ex : résistance aux soins, errance, agitation, agressivité, etc.) et si ces observations sont nouvelles ou plus fréquentes.</p> <p>Complétez la grille d'<b>inventaire d'agitation de Cohen Mansfield</b> et la grille d'observation clinique : <b>Documentation d'un comportement inhabituel</b> ou <b>grille d'observation clinique</b>, s'il y a lieu.</p>
	<p><b>Communication</b></p>	<p>Précisez si difficulté de communication de novo ou habituelle (propos incohérents et désorganisés, aphasie, surdité, dysarthrie, etc.)</p> <p>Indiquez si le résident est capable ou non de communiquer ses besoins.</p>
<b>S</b>	<p><b>SOMMEIL</b></p> <p><i>Voyer (2013) Chap. 19 : L'hygiène du sommeil</i></p> <p><i>Voyer (2017) : Chap. 6 Les problèmes de sommeil</i></p>	<p>Indiquez si le résident présente des troubles du sommeil tels que : difficultés à s'endormir, réveils fréquents au cours de la nuit ou tôt le matin, cycle du sommeil inversé, somnolence diurne, etc. Recherchez les causes de ce trouble.</p> <p>Complétez la grille : <b>Index de sévérité de l'insomnie.</b></p> <p>Voir également le <b>journal du sommeil.</b></p> <p>Précisez si le résident fait des siestes durant la journée (nombre et durée).</p>
	<p><b>Qualité du sommeil / sieste(s)</b></p> <p><b>Médication</b></p>	<p>Indiquez les mesures prises pour pallier au trouble de sommeil : routine, médication au coucher (sédatif-hypnotique-anxiolytique), relaxation, etc.</p> <p>Précisez si une nouvelle médication a été introduite récemment.</p>

## SIGNES VITAUX

Indiquez les résultats des signes vitaux obtenus au cours du dernier mois et spécifiez si un écart significatif existe entre ces données et celles obtenues antérieurement.

S'il y a lieu, notez si des changements ont été apportés, entre autres, au niveau de la médication (antihypertenseurs, diurétiques ou autres). Vérifiez si les mesures de la température corporelle de base ont été établies. **Voyer (2013) Tableau 10.5, p. 177**

### **Hypotension orthostatique**

**Voyer (2013) p. 126 et Voyer (2017) chap. 15, p. 377**

Cochez  si la problématique est présente.

Indiquez les résultats obtenus en position couchée et debout/assis ou encore s'il est impossible d'évaluer l'état du client. Justifiez selon la situation.

## MESURES DE CONTENTION

**Voyer (2013) Chap. 25 : La contention physique**

**Contention(s)** indiquez la date à laquelle les mesures ont été appliquées.

Cochez s'il y a possibilité d'un retrait des contentions.

Vérifiez si l'évaluation a été complétée par les professionnels concernés et si le consentement est signé.

### **Type(s)**

Indiquez le ou les types de contention : Contention Pinel au lit, ceinture cache-boucle au fauteuil, ridelles de lit, tablette au fauteuil, etc.

### **Indication :**

Précisez le but dans lequel la ou les contentions sont utilisées. (ex : exigences de la famille pour prévenir le risque de chute, résident téméraire ou ne reconnaît pas ses limites, chutes multiples, etc.)

## MESURES DE REMPLACEMENT

Indiquez si des mesures de remplacement sont en place ex. : M-Rail, tapis de chute, bracelet anti-fugue, surveillance, détecteur de mobilité sensitif ou à cordelette, etc.

## MESURES DE POSITIONNEMENT

Précisez également si le client nécessite des mesures de positionnement au fauteuil (Ex : ceinture à boucle pression, tablette, etc.).

## DOULEUR **Voyer (2013) Chap. 23, La douleur**

**Voyer (2017) Chap. 13, Le système nerveux et la douleur**

**Chronique**  **Aiguë**

Nommez les manifestations cliniques de la douleur.

**Type d'échelle de douleur utilisée :**

**Échelle quantitative** (0-10), **Grille PACSLAC-F** (pour les clients non communicants), **Échelle verbale de Likert** (douleur légère, modérée, intense ou très intense), **Échelle de Gélinas** (visages) ou **PAINAD**.

## DOULEUR (suite)

Cochez le ou les types de douleur. Référez au **PQRSTU**.

Précisez, s'il y a lieu, la ou les causes de la douleur chronique : arthrose, arthrite, douleur néoplasique, neuropathie, fibromyalgie, etc.

Spécifiez ce qui peut être à l'origine de la douleur aiguë ex. : Blessure post-chute, intervention chirurgicale, abcès dentaire, etc.

**Analgésique(s)** : Faites le lien avec les différentes pathologies et la médication prescrite.

Inscrivez le nom des médicaments, leur efficacité et la fréquence de la prise de la médication PRN.

## Méthodes alternatives de soulagement de la douleur

*Tableau 23.6 : TX non-pharmacologiques de la douleur p.388*

Indiquez les mesures utilisées ex : application de glace ou de chaleur, changement de position, massage, etc., et précisez si elles sont efficaces.

## EXAMEN CLINIQUE Abdominal Respiratoire Cardiaque

**Voyer (2017) L'examen clinique de l'ainé, Chapitres 7 - 8 - 9**

Procédez à l'examen abdominal, respiratoire ou cardiaque en vous basant sur l'évaluation du malaise dominant incluant le PQRSTU.

Comparez avec les résultats d'une évaluation antérieure, s'il y a lieu.

**Autre (s)**  Complétez les évaluations pertinentes en lien avec la situation clinique du résident.

Exemples : Examen des pieds chez un client diabétique ou examen de l'oreille chez client porteur d'un appareil auditif.

**Voyer (2013), Chap. 21 et Tableau 21.3 : Bilan de santé du pied, p. 343**

## DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Indiquez toutes autres informations qui permettent de bien comprendre la situation clinique ex : nouveau diagnostic, intervention chirurgicale électorale, changement de médication, effets secondaires ou indésirables observés tels que symptômes extrapyramidaux, etc.

Il importe de mentionner, s'il y a lieu, un deuil récent, un changement de chambre, une demande de curatelle, l'homologation du mandat d'inaptitude, le refus de vaccination, etc.

**Guide élaboré par : Jacinthe Savard, inf. M. Sc., Enseignante au Cégep de Matane** savard.jacinthe@cgmatane.qc.ca  
**Dans le cadre du cours 611-MT Soins et stages, personnes en perte d'autonomie (Hiver 2014)** Révision Juin 2017

### Références :

Voyer, Philippe, *Soins Infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2<sup>e</sup> édition, ERPI, 2013, 754 p.

Voyer, Philippe, *L'examen clinique de l'ainé. Guide d'évaluation et de surveillance clinique*, 2<sup>e</sup> Édition, ERPI, 2017, 425 p.

Gouvernement du Québec, « Approche adaptée pour la personne âgée en milieu hospitalier », *La direction des communications du MSSS du Québec*, 2011 Voir [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation** rubrique **Publications** et rechercher **AAPA**

Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM], Comité clinique interprofessionnel OPTIMAH (2009, révision 2011). *Les interventions AINÉES pour prévenir le déclin fonctionnel de la personne âgée hospitalisée*. Montréal, Canada : CHUM.  
[http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files//documents/DEGE/SI/Obligatoires/j1/140521\\_optimah\\_guide\\_clinique.pdf](http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files//documents/DEGE/SI/Obligatoires/j1/140521_optimah_guide_clinique.pdf)