

ÉVALUATION CLINIQUE PRÉALABLE À LA RENCONTRE INTERDISCIPLINAIRE

Annuelle Admission

Admis le : _____ Date de la rencontre : _____ Âge : _____ Niveau de soins : _____

Principaux diagnostics : _____

Histoire sociale : _____

Attentes de la personne/famille : _____

Suivi : Ergothérapie Réadaptation/TRP Nutrition Travail social Éducation spécialisée

Éléments d'évaluation		Résultats/données actuelles	Suivi	
			PII	PTI
A	Autonomie et mobilité	SMAF : ____ / -63		
	Risque de chute Nombre et circonstances des chutes	Score à l'outil de dépistage : ____ Niveau : ____		
I	Risque de plaie Suivi de plaie(s) ou affections cutanées Œdème	Score à l'échelle de Braden : ____ Niveau : ____		
N	Hydratation Nutrition /Appétit Poids			
	Diète Dysphagie État buccodentaire			
	Résultats de laboratoire			

Éléments d'évaluation		Résultats/données actuelles	Suivi	
			PII	PTI
É	Fonction vésicale			
	Fonction intestinale			
E	État cognitif Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence Communication	Résultat de l'évaluation cognitive : ____		
S	Qualité du sommeil Sieste(s) Médication			
SIGNES VITAUX TA : ____ Pouls : ____ R : ____ Saturation : ____ Mesure T° basale établie <input type="checkbox"/>				
TA coucher : ____ TA debout/assis 1 min : ____ 3 min : ____ HTO <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer ou N/A <input type="checkbox"/>				
MESURES DE CONTENTION Date de renouvellement : _____ Retrait à envisager <input type="checkbox"/>				
Type(s):				
MESURES DE REMPLACEMENT Type(s) :				
MESURES DE POSITIONNEMENT Type(s) :				
DOULEUR Chronique <input type="checkbox"/> Aigue <input type="checkbox"/> Type d'échelle de douleur utilisée : _____				
Cause(s) :				
Analgésique(s) :				
Méthodes alternatives :				
EXAMEN CLINIQUE Abdomen <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____				
DONNÉES COMPLÉMENTAIRES				
Signature(s) infirmière(s) ayant complété l'évaluation _____				