



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



DT5328

Exp.

/

ÉVALUATION INITIALE

Date d'admission : _____ Chambre : _____

Débutée : Unité de soins h : _____ ÂGE : _____ SEXE : M F Provenance : Domicile CH _____
 CSP Autre _____ Seul Accompagné par : _____

Sur pieds Chaise roulante Sur civière Ambulance Transport adapté

Raison de l'hospitalisation (inscrire le motif au PTI) : _____

Personnes à aviser en cas d'urgence (au moins 2 noms) :

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____ Cell. : _____

Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____ Cell. : _____

Suivi spirituel souhaité : Service de pastorale Autre : _____

Médecin de famille : _____ Clinique : _____

Spécialiste : _____ Clinique : _____

T° : _____ Toux : O N (T° + toux = étiquette respiratoire) RC : _____ /min Rég. Irrég. Resp. : _____ /min Rég. Irrég.

Saturation : _____ % Air libre Sous O₂ _____ l/min TA : _____ BD BG TA : _____ BD BG

Douleur : _____ /10 Site : _____ Poids : _____ kg Contrôlé Taille : _____ m Contrôlée Init

SÉCURITÉ : GUIDE DE L'USAGER REMIS

Articles accompagnant l'usager	Gardé par usager	Remis à la famille	Coffre	Articles accompagnant l'usager	Gardé par usager	Remis à la famille	Coffre
Carte ass.-maladie				Argent (montant)			
Carte de l'IUCPQ				Montre <input type="checkbox"/> Bijoux <input type="checkbox"/>			Init

ALLERGIES / INTOLÉRANCE (substances et réactions associées) : _____

_____ Allergies validées par inf. (init.) _____ Bracelet d'allergie installé

ANTÉCÉDENTS ET CONDITIONS DE SANTÉ

HTA Dyslipidémie Diabète type 1 Diabète type 2
 Problèmes cardiaques
 Néoplasie
 SARM ERV C. Difficile
 Problèmes respiratoires
 Oxygénodépendant _____ l/min _____ h/jour
 Vaccination influenza (an) _____ pneumocoque (an) _____
 Chirurgies antérieures pertinentes

Autres / détails

MÉDICATION ACTUELLE (inclut produits en vente libre et naturels) Nom - dosage - posologie

Source : Voir bilan comparatif Voir liste/profil broché(e)

Verbale : Usager Famille Pharmacie communautaire

Médication : En sa possession Liste pharm. com. Au poste

Dossier : Hx pharmaceutique CH référent

Nom de la pharmacie : _____ Tél. : _____

Observance de la médication ? _____

Init

DATE	SIGNATURE	INIT.	DATE	SIGNATURE	INIT.

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE

INFORMATION OBTENUE PAR : Usager Famille Autre : _____

Habitudes Produits du tabac (6 derniers mois)? Oui Non Alcool Oui Non Drogues Oui Non Sommeil réparateur Oui Non

Précision _____

ALIMENTATION / HYDRATATION

Diète : N Régime imposé : _____
 Régime observé : Oui Non Partiel
 Appétit : N ↑ ↓ Nausée Vomissement
 Hydratation : _____

Variation de poids (6 derniers mois) : Non
 Perte : _____ Gain : _____
 Prothèses dentaires : S I P En sa possession
 Dents : S I Nil

Peau : Intacte Rougeur Plaie
 Site : _____

COMMUNICATION

Vision adéquate	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		Usager	Famille
Lentilles cornéennes	<input type="checkbox"/>	Lunettes	Nil <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition adéquate	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Appareils auditifs	G <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	Nil <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élocution adéquate	<input type="checkbox"/>				
Capacité de lire	<input type="checkbox"/>				

ÉLIMINATION

Vessie : Continent Incontinent Protection : J N
 Intestins : Continent Incontinent Protection : J N
 Fréquence habituelle _____ Consistance habituelle _____
 Autres : _____

ÉTAT MENTAL

Éveillé Orienté TPE Alerte Somnolent
 Confus Pertes de mémoire

COMPORTEMENT :

Calme Anxieux Triste Agité Agressif
 Apathique
 Autres : _____

Init

Questionnaire sur la santé du patient (QSP-2) pour dépister le risque de dépression

Au cours des deux dernières semaines :

- 1-Avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? Oui Non
 2-Vous êtes-vous senti triste, déprimé (é) ou désespéré (e)? Oui Non

Si vous obtenez un oui à l'une de ces questions, évaluation par l'infirmière.

Init

AUTONOMIE FONCTIONNELLE 1-Autonome 2-Aide partielle 3-Aide complète

Activités	Cote domicile	Cote admission	Précision dans la section de droite si cote 2 ou 3 Analyser le besoin de consultation en physio., ergo., travail social, etc.
1. Se nourrir			Dysphagie <input type="checkbox"/>
2. Se laver			<input type="checkbox"/>
3. S'habiller			
4. Se déplacer Faire transferts (lit, toilette, ...)			Accessoire : nil <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> marchette <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> prothèses Accessoire appartenant à l'usager en sa possession <input type="checkbox"/> demandé <input type="checkbox"/>
5. Gérer sa médication		X	Dosette <input type="checkbox"/> Dispill <input type="checkbox"/>
6. Utiliser les escaliers		X	
7. Faire les courses		X	
8. Cuisiner		X	
9. Entretien du domicile		X	

Échelle de Braden : Risque de plaie de pression? Oui Non

Échelle de Morse : Si ≥ 65 ans ou profil gériatrique. Risque de chute? _____ Bas Élevé N/A

CONDITIONS DE VIE ET PLANIFICATION DU CONGÉ

Vit seul Vit avec (nom, lien) _____ Logement Maison

Capacité de cette personne à aider Oui Non _____
 Notion d'épuisement de la famille et préciser Oui Non _____

Commodités : Même plancher Ascenseur Étages multiples : _____
 Escalier : Intérieur Extérieur Salle de bain adaptée : Non Oui _____

Travail : _____

Hébergement : Privé avec service Pers. resp. : _____ Tél. : _____

Services reçus (CSSS ou autres) : Non Oui Lesquels : _____

Destination prévue : Domicile Inconnue pour le moment Autre : _____

Inquiétudes concernant l'hospitalisation ou la maladie (problèmes financiers, perte d'autonomie, ...)

Usager : _____

Proche(s) : _____

Init

DATE	SIGNATURE	INIT.	DATE	SIGNATURE	INIT.