

Évaluation initiale de l'infirmière clinicienne

Collecte de données auprès du patient

IDENTIFICATION	
Nom :	Nom conjoint
Date de naissance : Âge :	Coordonnées :
# Dossier :	Personne significative :
Pharmacie :	Coordonnées :
Médecin de famille :	État de santé physique et psychologique de l'aidant ou conjoint Bon _____ Précaire _____
CONDITION DE SANTÉ	
Hospitalisation récente < 6 mois Raison :	Facteurs de risque : Préciser
Connu du réseau de santé (CLSC, TS) Oui :	Diabète : ☐ Non ☐ Oui _____
Antécédents familiaux avec la maladie (père, mère, frère, sœur) :	HTA : ☐ Non ☐ Oui _____
Alzheimer : _____	MCAS : ☐ Non ☐ Oui _____
Parkinson : _____	AVC - ICT : ☐ Non ☐ Oui _____
Autres troubles cognitifs : _____	Dépression après 65 ans : ☐ Non ☐ Oui _____
	Délirium récent : ☐ Non ☐ Oui _____
	Apnée du sommeil : ☐ Non ☐ Oui _____
	Tabagisme actif : ☐ Non ☐ Oui _____
	Parkinson : ☐ Non ☐ Oui _____
	TCC : ☐ Non ☐ Oui _____
Médication : ☐ Dosette ☐ Dispill ☐ Pot Préparé par : _____ Géré par : _____	
HISTOIRE DE VIE	
Lieu de naissance : _____	Milieu de vie : ☐ Maison
Nombre d'enfants dans la famille du patient : _____ Rang : _____	☐ Appartement
Année de mariage : _____	☐ RPA
Décès du conjoint : _____	☐ Résidence publique
Nombre d'enfants : _____	Habite avec : ☐ Conjoint
Lieu de résidence des enfants : _____	☐ Enfant
Lien avec les enfants : _____	☐ Seul
Petits enfants : _____	☐ Autre
Scolarité : _____	
Emploi actuel ou antérieur : _____	
Comment trouvez-vous votre mémoire ? _____	
Depuis quand : _____	
Mode d'apparition : ☐ Soudain ☐ Graduel	
Dégradation : ☐ Lente ☐ Rapide	

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

TA : _____ FC : _____

Recherche de HTO

TA couchée : _____ FC _____

TA debout 1 min _____ FC _____

TA debout 3 min _____ FC _____

Malaises : ☐ Non ☐ Oui _____

Lipothymie/Syncope ☐ Non ☐ Oui _____

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :

Fonction digestive (douleur, nausée, diarrhée, constipation) : ☐ Non ☐ Oui _____

Fonction respiratoire (douleur, toux, difficultés respiratoires) : ☐ Non ☐ Oui _____

Fonction cardiovasculaire (douleur, palpitations) : ☐ Non ☐ Oui _____

Fonction génito-urinaire (douleur, problème urinaire, génital) : ☐ Non ☐ Oui _____

Fonction motrice (douleur, déformation, limitation) : ☐ Non ☐ Oui _____

Condition de la peau (plaie, œdème) : ☐ Non ☐ Oui _____

Autre information pertinente : _____

Poids : _____ Gain ou perte : _____

Vision : ☐ Presbytie ☐ Myopie

Port de lunettes : ☐ Oui ☐ Non

Si déficit non compensé, référé à

Audition : Surdité ☐ Oui ☐ Non ☐ G ☐ D

Port d'appareil ☐ Oui ☐ Non

Si déficit non compensé, référé en audiologie

Particularité : _____

ÉTAT DE SANTÉ PSYCHIQUE

Déprimé : ☐ Non ☐ Oui _____ si oui, compléter Échelle de dépression QSP-9

Anxiété : ☐ Non ☐ Oui _____

Irritabilité, agressivité ☐ Non ☐ Oui _____

Vous sentez-vous différent d'avant ? ☐ Non ☐ Oui _____

Hallucinations visuelles/ auditives ☐ Non ☐ Oui _____

Manque d'intérêt, d'initiative ☐ Non ☐ Oui _____

Manque d'inhibition ☐ Non ☐ Oui _____

si oui, compléter le formulaire NPI-R

Commentaires, observations : _____

HABITUDES DE VIE

Alimentation

Nombre de repas par jour (préciser si particularité) : _____

Appétit : _____

Dentition : Prothèse ☐ Non ☐ Oui _____

Douleur buccale ☐ Non ☐ Oui _____

Sommeil (insomnie, se lève la nuit, peur, agitation)

Changement dans les cycles du sommeil ☐ Non ☐ Oui _____

Heure de coucher _____ Heure du lever _____ Sieste _____

Consommation de tabac – alcool – drogue (surveillance à apporter, motivation à changer d'habitude, quantité)Cigarette : ☐ Non ☐ Oui _____Alcool : ☐ Non ☐ Oui _____Drogue : ☐ Non ☐ Oui _____

Commentaires : _____

Activités personnelles de loisir

Énumérer les activités :

Difficultés

Ne le fait plus, préciser :

☐ Non ☐ Oui _____☐ Non ☐ Oui _____☐ Non ☐ Oui _____**ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)**Légende : **A** autonome **S** Stimulation (besoin de lui rappeler la tâche) **AP** Aide partielle **AT** Aide totale (+75% de la tâche)

	A	S	AP	AT	Précisions
S'alimenter					
Se laver					
S'habiller					
Entretenir sa personne (barbe, coiffure)					
Utiliser les toilettes					

MOBILITÉLégende : **A** autonome **S** Stimulation (besoin de lui rappeler la tâche) **AP** Aide partielle **AT** Aide totale (+75% de la tâche)

	A	S	AP	AT	Précisions
Se lever, s'asseoir, se coucher seul					
Marcher à l'intérieur					
Marcher à l'extérieur					
Monter et descendre les escaliers					

Chute au cours des derniers mois ☐ Oui ☐ NonDouleur chronique ☐ Non ☐ Oui _____Analgésique ☐ Non ☐ Oui _____**ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (AVD)**

Oublie de prendre ses médicaments	☐ Non ☐ Oui	_____
Néglige le ménage (entretien de la maison)	☐ Non ☐ Oui	_____
Difficulté à faire la cuisine (manque les recettes habituelles)	☐ Non ☐ Oui	_____
Oublie de fermer : ☐ les ronds de la cuisinière ☐ du fourneau	☐ Non ☐ Oui	_____
Difficulté à faire le lavage (brassées, eau de javel)	☐ Non ☐ Oui	_____
Difficulté à se servir du téléphone (faire appel correctement)	☐ Non ☐ Oui	_____
Difficulté à faire les courses	☐ Non ☐ Oui	_____
Difficulté à gérer son budget	☐ Non ☐ Oui	_____

FONCTIONS MENTALES

Langage

Propos répétitifs ☐ Non ☐ Oui _____
Oublie le nom de ses proches ☐ Non ☐ Oui _____
Difficulté à trouver ses mots ☐ Non ☐ Oui _____
Mélange mots et phrases ☐ Non ☐ Oui _____

Mémoire

Oublie les faits récents ☐ Non ☐ Oui _____
Oublie les conversations et nouvelles informations ☐ Non ☐ Oui _____
Oublie les événements (fête, fait public, etc.) ☐ Non ☐ Oui _____
Oublie où il a mis les objets ☐ Non ☐ Oui _____
Oublie de payer les factures ☐ Non ☐ Oui _____

Orientation

Oublie les visages familiers ☐ Non ☐ Oui _____
Se perd en se promenant ☐ à pied ☐ en voiture ☐ Non ☐ Oui _____

CONDUITE AUTOMOBILE

Conduite routière (oublie les arrêts, accidents récents, etc.) ☐ Non ☐ Oui _____
*Ne pas oublier informations supplémentaires «Évaluation de la conduite automobile»
Avez-vous eu un accident au cours des derniers mois ? ☐ Non ☐ Oui _____
Cherchez-vous votre voiture dans le stationnement ? ☐ Non ☐ Oui _____

DOCUMENTS LÉGAUX

Testament fait ☐ Non ☐ Oui _____
Mandat d'inaptitude ☐ Non ☐ Oui _____
Procuration bancaire ☐ Non ☐ Oui _____

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

Compréhension

Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande ☐ Non ☐ Oui _____

Comportement

Comportement adéquat ☐ Non ☐ Oui _____
(précision possible : labilité, émotivité, entêtement, apathie)

Autres commentaires :

Signature : _____

Date : _____