

Rencontre de suivi (6 et/ou 12 mois) de l'infirmière clinicienne
Collecte de données auprès du **proche aidant**

IDENTIFICATION	
Nom du patient :	Nom du proche aidant :
Date de naissance : Âge :	Lien :
# Dossier :	Date de la visite :

SUIVI DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT	
• Votre proche a-t-il besoin d'aide?	
Se préparer ou réchauffer un repas	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Se laver	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
S'habiller	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Entretenir sa personne (barbe, coiffure, etc.)	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Utiliser les toilettes	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Prendre ses médicaments	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Se lever, s'asseoir, se coucher	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Faire son épicerie	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
• Sommeil	
Difficulté à s'endormir	☐ Non ☐ Oui
Se lève la nuit (errance)	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
• Comportement	
Signe de dépression	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Apathie/ indifférence	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Irritabilité/instabilité	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Agitation /agressivité	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
• Appétit	
Diminution de l'appétit	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
Nausée /vomissement	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
• Conduite automobile	
Conduite automobile sécuritaire	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
• Testament fait	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
• Mandat d'incapacité rédigé	☐ Non ☐ Oui Préciser _____
• Procuration bancaire	☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Si oui, compléter
les questionnaires
NPI-R et
Description des
comportements
dérangeants

SUIVI DE LA SITUATION DE L'AIDANT

Avez-vous des problèmes de santé physique présentement ? ☐ Non ☐ Oui

Sentez-vous que le temps consacré à votre proche ne vous en laisse pas assez pour vous ? ☐ Non ☐ Oui

Vous sentez-vous tendu en présence de votre proche ? ☐ Non ☐ Oui

Sentez-vous que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre proche encore bien longtemps ? ... ☐ Non ☐ Oui

*Référer au travailleur social GMF si suspicion d'un problème psychosocial

Autres commentaires ou observations

Signature : _____

Date : _____