

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

IDENTIFICATION																																																	
Nom du patient :	Nom du proche aidant :																																																
Date de naissance :	Coordonnées :																																																
Âge :	Pharmacie :																																																
# Dossier :	Médication :																																																
Dx :	RAMQ échu :																																																
Signe vitaux : TA _____ FC _____	Testament ☐ Oui ☐ Non Mandat d'inaptitude ☐ Oui ☐ Non																																																
Milieu de vie : ☐ Maison ☐ Appartement ☐ RPA ☐ Résidence publique ☐ Seul ☐ Avec conjoint ☐ Avec enfants ☐ Autre : _____																																																	
SIGNES DE MALNUTRITION																																																	
Poids : _____ Appétit : _____																																																	
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids ? ☐ Oui ☐ Non																																																	
Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude ? ☐ Oui ☐ Non																																																	
Deux réponses affirmatives indiquent un risque de malnutrition élevé : référer à la nutritionniste et aviser le médecin																																																	
MÉDICATION : VALIDER AVEC LE DSQ (SORTIR LE PROFIL AU BESOIN)																																																	
Prenez-vous des médicaments sur une base régulière ? ☐ Oui ☐ Non _____																																																	
Vérifier si présence de diarrhée, nausées, vomissement ☐ Oui ☐ Non _____																																																	
AVQ / AVD																																																	
Légende : A Autonome S Stimulation (besoin de lui rappeler la tâche) AP Aide Partielle AT Aide totale (+ 75% de la tâche)																																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>A</th> <th>S</th> <th>AP</th> <th>AT</th> <th>Précision</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se préparer ou réchauffer un repas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se laver</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>S'habiller</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entretenir sa personne (barbe coiffure)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Utiliser les toilettes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Faire son épicerie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobilité (se lever, s'asseoir, se coucher)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		A	S	AP	AT	Précision	Se préparer ou réchauffer un repas						Se laver						S'habiller						Entretenir sa personne (barbe coiffure)						Utiliser les toilettes						Faire son épicerie						Mobilité (se lever, s'asseoir, se coucher)					
	A	S	AP	AT	Précision																																												
Se préparer ou réchauffer un repas																																																	
Se laver																																																	
S'habiller																																																	
Entretenir sa personne (barbe coiffure)																																																	
Utiliser les toilettes																																																	
Faire son épicerie																																																	
Mobilité (se lever, s'asseoir, se coucher)																																																	
Comment est votre sommeil : _____																																																	

SIGNES D'ABUS ET DE NÉGLIGENCE

Est-ce que vous avez été dérangé par des paroles de quelqu'un qui vous ont fait sentir honteux ou menacé ?

☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou utilisé votre argent contre votre volonté ?

☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Si suspicion de danger, référer au travailleur social en GMF et aviser le médecin

CONDUITE AUTOMOBILE

Conduisez-vous votre voiture ? ☐ Non ☐ Oui

Au cours des derniers mois, avez-vous eu un accident de voiture ou avez-vous été arrêté par la police?

☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Déclaration à la SAAQ si dangerosité immédiate : Appel : _____ Date : _____ Heure : _____

Formulaire de déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier : <http://www.cgm-quebec.ca/pdf/formulairesaaq.pdf>

Aviser le médecin de la démarche.

SÉCURITÉ À DOMICILE

Avez-vous des services du CLSC ou de la COOP de services à domicile? ☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Au cours des dernières semaines, avez-vous fait une chute ? ☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Au cours de la dernière semaine, vous est-il arrivé d'oublier vos médicaments ou de les prendre en double?

☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Si suspicion de danger, référer au travailleur social en GMF et aviser le médecin.

AUTRES OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

Déprimé / triste	☐ Non ☐ Oui Préciser _____	Si oui, compléter l'Échelle de Dépression QSP-9
Anxiété	☐ Non ☐ Oui Préciser _____	
Irritable / Impatient	☐ Non ☐ Oui Préciser _____	Si oui, compléter les questionnaires NPI-R et Description des comportements dérangeants
Perte d'intérêt, manque d'initiative	☐ Non ☐ Oui Préciser _____	
Comportements (SCPD)	☐ Non ☐ Oui Préciser _____	

Commentaires :

Signature : _____

Date : _____