

Description des comportements dérangeants

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	# Dossier :
Date de naissance :	Âge :

Description des comportements dérangeants/manifestations :

Y a-t-il un élément déclencheur ?

Fréquence du comportement :

Moment où le comportement se présente :

Lieu où le comportement se présente :

Interventions déjà posées :

Interventions proposées :

Commentaires supplémentaires :

Signature : _____

Date : _____

Évaluation des causes biologiques

A-t-il des symptômes de maladie :

	Oui	Non	Spécifier (depuis quand, comment, PQRTS)
Fièvre	☐	☐	_____
Céphalée	☐	☐	_____
Toux	☐	☐	_____
Rhinorrhée	☐	☐	_____
Respiration bruyante	☐	☐	_____
Dyspnée	☐	☐	_____
Dysurie	☐	☐	_____
DRS	☐	☐	_____
Chute	☐	☐	_____
Douleur abdominale	☐	☐	_____
Toute autre douleur	☐	☐	_____
Changement d'appétit/hydratation			_____
Changement dans le cycle du sommeil			_____
Si diabétique, vérifier glycémie			_____
Si HTA, vérifier tension artérielle			_____
Changement et/ou ajout de la médication			_____

Évaluation des causes psychologiques

Peur / stress récent _____

Ennuis _____

Idées délirantes _____

Évaluation des causes environnementales / interactionnelles

Manque de stimulation (pas de son, pas d'image)

Surstimulé (bruit, luminosité, etc.)

Mauvaise approche

Personne qui est dérangement