

FACTEURS DE RISQUE À FAIRE RESSORTIR POUR TOUTE RÉFÉRENCE

EN GÉRIATRIE OU AU SOUTIEN À DOMICILE

Volet	Items
État de santé	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Prise erratique de médication</i> <input type="checkbox"/> <i>Non compliance à ses traitements</i> <input type="checkbox"/> <i>Omet/oublie de se présenter à ses rv</i> <input type="checkbox"/> <i>Plaie à risque d'infection</i> <input type="checkbox"/> <i>Dénutrition/déshydratation/perte de poids</i> <input type="checkbox"/> <i>Dysphagie (de novo)</i> <input type="checkbox"/> <i>Chutes à répétition</i> <input type="checkbox"/> <i>Problème de communication non compensé (audition, parole, vision)</i>
Comportement	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Fugues (égarement)</i> <input type="checkbox"/> <i>Errance</i> <input type="checkbox"/> <i>Hallucinations</i> <input type="checkbox"/> <i>Tabagisme (avec risques d'incendie)</i> <input type="checkbox"/> <i>Consommation excessive d'alcool (Roh chronique)</i> <input type="checkbox"/> <i>Agressivité verbale/physique</i> <input type="checkbox"/> <i>Déplacements non sécuritaires (témérité)</i> <input type="checkbox"/> <i>Conduite automobile à risque</i> <input type="checkbox"/> <i>Propos suicidaires ou homicidaires</i> <input type="checkbox"/> <i>Symptômes dépressifs</i> <input type="checkbox"/> <i>Toute forme de SCPD (préciser)</i>
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Encombrement</i> <input type="checkbox"/> <i>Insalubrité</i> <input type="checkbox"/> <i>Présence d'aliments périmés/ intoxication alimentaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Risque d'incendie (branchements, mauvaise utilisation des appareils, etc...)</i>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Absence de personnes proche aidantes</i> <input type="checkbox"/> <i>Résistance ou refus de l'aide proposée</i> <input type="checkbox"/> <i>Suspicion de maltraitance (préciser la forme)</i> <input type="checkbox"/> <i>État des affaires (situation financière)</i>
Personne proche aidante	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Épuisée ou en voie d'épuisement</i> <input type="checkbox"/> <i>Propos suicidaires ou homicidaires</i> <input type="checkbox"/> <i>Irritabilité/ fatigue/ manque de concentration/ stress</i> <input type="checkbox"/> <i>Déni/ minimise/ ne se reconnaît pas comme aidant</i> <input type="checkbox"/> <i>Conflit avec l'usager</i>