



DT9049

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE CLIENTÈLE DE SOINS COURT TERME MULTICLIENÈTE

Date de naissance			N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour		
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Téléphone ind. rég.		Sexe
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

Problème

ÉTAT DE SANTÉ

1. HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE, ET DIAGNOSTICS ACTUELS (maladies physiques et mentales – incluant maladies ou problèmes chroniques ou stabilisés –, anomalies congénitales, hospitalisations, chirurgies, traumatismes)

Allergies (médicament, alimentation, environnement) : _____

2. SANTÉ PHYSIQUE

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques

Non Oui

- Fonction **digestive** (douleur, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, gaz, dysphagie, etc.)

Si oui, préciser : _____

- Fonction **respiratoire** (douleur, toux, expectorations, difficultés respiratoires, etc.)

Si oui, préciser : _____

- Fonction **cardiovasculaire** (douleur, palpitations, stimulateur cardiaque, etc.)

Si oui, préciser : _____

- Fonction **génito-urinaire** (douleur, problème urinaire, problème gynécologique ou génital, etc.)

Si oui, préciser : _____

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

Problème

2. SANTÉ PHYSIQUE (suite)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques

Non Oui

- Fonction **motrice** (douleur, déformation, limitation des mouvements, force, coordination, tremblements, équilibre, endurance physique, etc.)

Si oui, préciser : _____

- Fonction **sensorielle** : yeux, oreilles, nez, bouche, toucher (douleur, écoulement, inflammation, sensibilité, etc.)

Si oui, préciser : _____

- Condition de la **peau** (plaie, rougeur, œdème, écoulement, etc.)

Si oui, préciser : _____

- Autres informations

Si oui, préciser : _____

Taille : _____ Poids : _____ Gain ou perte de poids : _____ Si pertinent : _____ T.A. Pouls Resp. T°

Commentaires : _____

Problème identifié
Non — **N**
Oui — **O**

3. SANTÉ PSYCHIQUE (état dépressif, idée suicidaire, idée paranoïde, délire, comportement violent, manie, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____

Oui, préciser : _____

Commentaires : _____

Problème identifié
Non — **N**
Oui — **O**

4. SOINS PARTICULIERS (soins que nécessite l'état de l'usager : pansement, soins de cathéters divers, oxygène, aspiration des sécrétions, drainage postural, dialyse péritonéale, etc., et ceux faisant l'objet de la demande de services)

Non _____

Oui, description, fréquence et par qui : _____

Commentaires : _____

Problème identifié
Non — **N**
Oui — **O**

* **Indiquer** : Le niveau d'incapacité : **0** = autonomie complète **-0,5 ou -1,5** = autonome avec difficulté **-1** = nécessite une surveillance ou une stimulation
-2 = nécessite de l'aide **-3** = dépendance totale

Le niveau de handicap : **H** (0, -1, -2, -3) La stabilité des ressources : **S** (– Diminution, + Augmentation, • Stabilité)

AVQ†

1. Se nourrir
2. Se laver
3. S'habiller
4. Entretenir sa personne
5. Fonction vésicale
6. Fonction intestinale
7. Utiliser les toilettes

Incapacité							H	S
0	-0,5	-1	-1,5	-2	-3			

Si l'usager a des problèmes ou des incapacités, préciser :

Aide technique

MOBILITÉ†

1. Transferts
2. Marcher à l'intérieur
3. Installer prothèse ou orthèse
4. Se déplacer en F.R. à l'intérieur
5. Utiliser les escaliers
6. Circuler à l'extérieur

Incapacité							H	S
0	-0,5	-1	-1,5	-2	-3			

Aide technique

COMMUNICATION†

1. Voir
2. Entendre
3. Parler

Incapacité							H	S
0	-0,5	-1	-1,5	-2	-3			

Aide technique

FONCTIONS MENTALES†

1. Mémoire
2. Orientation
3. Compréhension
4. Jugement
5. Comportement

Incapacité							H	S
0	-0,5	-1	-1,5	-2	-3			

TÂCHES DOMESTIQUES (AVD)†

1. Entretien la maison
2. Préparer les repas
3. Faire les courses
4. Faire la lessive
5. Utiliser le téléphone
6. Utiliser les moyens de transport
7. Prendre ses médicaments
8. Gérer son budget

Incapacité							H	S
0	-0,5	-1	-1,5	-2	-3			

Aide technique

