

JUIN 2016

COLLECTE DE DONNÉES DES SOINS PALLIATIFS/PROFIL DE SOINS

DATE D'ADMISSION : _____ / _____ / _____

Un crochet dans la case appropriée indique que l'élément est présent.

HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE					
<input type="checkbox"/> Allergies (alimentaire, médicament, autre)			<input type="checkbox"/> Bracelet d'allergies		
<input type="checkbox"/> Bracelet d'identification		Religion /culture			
Raison de l'admission (selon usager)			Raison de l'admission (médicale)		
Diagnostic actuel		Antécédents médicaux			
<input type="checkbox"/> Liste des médicaments à jour					
<input type="checkbox"/> Réception des médicaments personnels		Porteur	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> C Difficile Autre
Chimiothérapie (Nom du traitement)		Date (Dernier traitement)	Nb. de cycle reçu		
Radiothérapie (site)		Date (Dernier traitement)	Nb. de cycle reçu		
Partenaires/Professionnels					
Infirmière pivot (Nom)		Numéro de téléphone			
Infirmière CLSC (Nom)		Numéro de téléphone			
Travailleur social CLSC (Nom)		Numéro de téléphone			
Médecin de famille (Nom)		Numéro de téléphone			
Pharmacien (Nom)		Numéro de téléphone			
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE					
1° Nom		N° 1 Tél. :	N° 2 Tél. :	Lien	
2° Nom		N° 1 Tél. :	N° 2 Tél. :	Lien	
Paramètres fondamentaux					
T°	PA	FR	PLS	Sat. O ₂	Poids lb/kg Taille pouce/ mètre
État de conscience		<input type="checkbox"/> Alerte	<input type="checkbox"/> Altéré	<input type="checkbox"/> Somnolent	<input type="checkbox"/> Inconscient
SANTÉ PHYSIQUE					
Fonctions digestives					
Appétit (ESAS)	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible		
Perte de poids	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Combien de kg : _____ En combien de semaines : _____		
Hydratation	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Faible			
Diète	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Diabétique	<input type="checkbox"/> Hyposodique	<input type="checkbox"/> Autre	
Consistance	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Molle	<input type="checkbox"/> Purée	<input type="checkbox"/> Liquide	
Déglutition	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Dysphagie		<input type="checkbox"/> Hoquet	
S'alimenter seul	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
Dyspepsie (Brûlements d'estomac)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		
Reflux gastrique	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	Fréquence	
Nausées (ESAS)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	Fréquence	
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	Fréquence	
Gastrostomie	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		
Cavité buccale (langue, muqueuses, gencives)					
<input type="checkbox"/> Saine	<input type="checkbox"/> Ulcère	Site	<input type="checkbox"/> Douleur	Site	
<input type="checkbox"/> Plaques blanchâtres		Site	<input type="checkbox"/> Croûtes	Site	
<input type="checkbox"/> Dépôts	Site	<input type="checkbox"/> Lèvre craquelée		<input type="checkbox"/> Supérieure	<input type="checkbox"/> Inférieure
Salive	<input type="checkbox"/> Suffisante	<input type="checkbox"/> Xérostomie		<input type="checkbox"/> Hypersalivation	
Haleine	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Fétide		<input type="checkbox"/> Fruitée	
Dents naturelles	<input type="checkbox"/> Inférieur	<input type="checkbox"/> Supérieure	<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> Inférieur	<input type="checkbox"/> Supérieur

Fonctions intestinales					
<input type="checkbox"/> Continence	Dernière selle le	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Urinal	<input type="checkbox"/> Bassin de lit	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Incontinence	Matériel d'incontinence	<input type="checkbox"/> Culotte	<input type="checkbox"/> Pad	<input type="checkbox"/> Pull Up,	<input type="checkbox"/> Autre
Constipation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence			
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nb. par jour			
Hémorroïdes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Traitées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Soulagées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Méléna	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<input type="checkbox"/> Stomie	# Collerette	# Sac	Compagnie		
Médication (laxatifs)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> PRN	Fréquence	
Nom du médicament					

Fonctions respiratoires (ESAS)					
<input type="checkbox"/> Aucune difficulté					
Amplitude	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Profonde	<input type="checkbox"/> Superficielle		
Rythme	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Irrégulier			
Type de respiration	<input type="checkbox"/> Eupnéique	<input type="checkbox"/> Abdominale	<input type="checkbox"/> Thoracique	<input type="checkbox"/> Cheyne-stokes	
Apnée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Durée (secondes)	<input type="checkbox"/> Cyanose	
Oxygène (O2)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Lunette nasale	/min	<input type="checkbox"/> Masque (type)
Tirage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Site(s) :		
Dyspnée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Repos	<input type="checkbox"/> À l'effort	
Toux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sèche	<input type="checkbox"/> Grasse	<input type="checkbox"/> Diurne
Expectorations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Coloration	Râles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trachéotomie	Numéro de la canule		<input type="checkbox"/> Fenestrée	<input type="checkbox"/> Non fenestrée	

Fonctions cardio-vasculaires					
<input type="checkbox"/> Aucune difficulté					
<input type="checkbox"/> Palpitations	<input type="checkbox"/> Bradycardie	<input type="checkbox"/> Tachycardie			
<input type="checkbox"/> Douleur rétro sternale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Intensité ____/ 10	Fréquence		
<input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Défibrillateur cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> Œdème membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droit	

Fonctions génito-urinaires					
<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Bassin de lit	<input type="checkbox"/> Urinal	<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Incontinence	Aspect de l'urine				
Pull-up	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Grandeur	<input type="checkbox"/> Small	<input type="checkbox"/> Médium	<input type="checkbox"/> Large <input type="checkbox"/> X Large
Culotte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Grandeur	<input type="checkbox"/> Small	<input type="checkbox"/> Médium	<input type="checkbox"/> Large <input type="checkbox"/> X Large
Pad	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Grandeur	<input type="checkbox"/> Small	<input type="checkbox"/> Médium	<input type="checkbox"/> Large <input type="checkbox"/> X Large
<input type="checkbox"/> Sonde urinaire	Grosseur : Fr	Sorte :	Ballonnet : ml	Installé le :	Prochain changement le :
<input type="checkbox"/> Urostomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	# Collerette	# Sac	Compagnie	

Mobilisation					
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Semi-autonome	<input type="checkbox"/> Alité	<input type="checkbox"/> Hémiplégie	<input type="checkbox"/> Paraplégie	
Aide à la mobilisation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1 personne	<input type="checkbox"/> 2 personnes		
Lever seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1 personne	<input type="checkbox"/> 2 personnes		
Coucher seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1 personne	<input type="checkbox"/> 2 personnes		
Aide technique	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Levier	<input type="checkbox"/> Autre
Trouble d'équilibre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Spasme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Région			
Tremblement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Région			

Intégrité de la peau et téguments				
<input type="checkbox"/> Intact	<input type="checkbox"/> Sèche	Site	<input type="checkbox"/> Fragile	site
<input type="checkbox"/> Pétéchies	Site		<input type="checkbox"/> Prurit	Site
Coloration de la peau / téguments	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Rouge	<input type="checkbox"/> Grisâtre	Site
<input type="checkbox"/> Blanchâtre	Site		<input type="checkbox"/> Cyanosée	Site
<input type="checkbox"/> Plaie	Site		<input type="checkbox"/> Voir feuille de dépistage de plaie	
<input type="checkbox"/> Échelle de Braden	Date		<input type="checkbox"/> Voir feuille de Braden	
<input type="checkbox"/> Œdème	site			

SANTÉ PSYCHIQUE

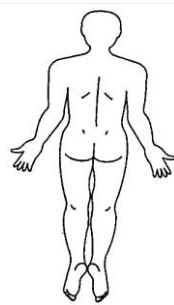
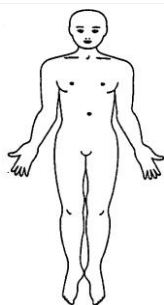
Santé mentale (difficultés rencontrées au niveau)			
Avez-vous déjà consulté pour un problème d'anxiété ou tout autre problème de santé mentale ?			
<input type="checkbox"/> Aucune difficulté			
<input type="checkbox"/> Anxiété (ESAS)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Niveau 1 à 10 / Reliée à
<input type="checkbox"/> État dépressif (ESAS)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Depuis quand
<input type="checkbox"/> Idées suicidaires (COQ)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Depuis quand
Comportement	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Agressif
Hallucination	<input type="checkbox"/> Auditive	<input type="checkbox"/> Visuelle	
Bien être (ESAS)			Autre difficulté

FONCTION COGNITIVE

Difficultés rencontrées au niveau					
<input type="checkbox"/> Alerté	<input type="checkbox"/> Confus	<input type="checkbox"/> Semi-conscient		<input type="checkbox"/> Inconscient	
Mémoire	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Oublie des faits récents		<input type="checkbox"/> Oublie régulièrement AVQ	
Désorienté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Temps	<input type="checkbox"/> Espace	<input type="checkbox"/> Personne	
Compréhension	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Partielle		<input type="checkbox"/> Absente	
Jugement	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Altéré			
Déficit auditif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite	
Déficit visuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Lentilles		

ÉVALUATION DE LA DOULEUR (ESAS)

Avez-vous de la douleur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, évaluer 3 principaux sites de douleur et indiquer les sur le schéma à l'aide du chiffre correspondant (#1, #2, #3).
--------------------------	---	---



Reporter les résultats du P, Q, R, S, T – U aux lignes correspondantes
Pallier/Provoquer
Qualité*/ Quantité (description de la douleur) + (intensité 1 à 10) *(Lancinante, constante, lourdeur, engourdissement, brûlure, allodynie, chocs électriques, pulsative, spasme, serrement, coup de poignard, lors de mouvements)
Région / Irradiation
Signes et symptômes associés
Temps (durée, depuis quand)
Understanding (signification pour la personne)

Signes	Site #1	Site #2	Site #3
P			
Q			
R			
S			
T			
U			

HABITUDES DE VIE




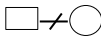




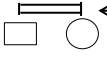
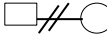
Tabac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alcool	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Drogue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------	---	--------	---	--------	---

SOMMEIL					
Sommeil (ESAS)	<input type="checkbox"/> Reposant	<input type="checkbox"/> Agitée	<input type="checkbox"/> Insomnie (ESAS)		
Fatigue (ESAS)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Somnolence (ESAS)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cauchemars	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Depuis quand :		
Particularités au coucher ?					

AUTRES TRAITEMENTS					
Drain pleurX	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite	Fréquence
Autres drain					
Cathéter SC #1	Site	N°	Médicament :	Installé le :	
Cathéter SC #2	Site	N°	Médicament :	Installé le :	

VOLET SOCIAL

Légende des symboles	GÉNOGRAMME (SI DÉJÀ AU DOSSIER, SPÉCIFIER L'ENDROIT ET LA DATE)
----------------------	---

	Maisonnée	
	Cas discuté	
	Décès	
	Mariage M / union de fait	
	Séparation	
	Adoption	
	Homme	
	Femme	
	Avortement	
	Jumeau / enfants	
	Divorce	

ÉCOCARTE : ÉVALUATION DES LIENS FAMILIAUX ET DU RÉSEAU SOCIAL (À INTÉGRER AU GÉNOGRAMME, SI PERTINENT)

Intensité de la relation selon le nombre de lignes (1 (faible) à 4 (fort)) :

Relation tendue :

Relation conflictuelle :

CONNAISSANCES ET COMPRÉHENSION DE LA MALADIE ACTUELLE

Du patient :

Des proches :

EXPLORATION DES PROCESSUS D'ADAPTATION, CROYANCES ET BESOINS DE SOUTIEN DE L'USAGER ET DE SES PROCHES**Croyances**

1. Y a-t-il des choses concernant vos croyances spirituelles ou votre foi qui seraient importantes pour nous de connaître afin de mieux les respecter?
2. Quelle est votre opinion / expérience face aux médicaments pour le soulagement de la douleur ou d'autres symptômes (ex. Morphine)?

Préoccupations et processus d'adaptation

3. Quelle est votre plus grande préoccupation à ce moment-ci?
Patient :

Proches :
4. Comment vous et vos proches vous êtes-vous adaptés aux épreuves que vous avez eu à vivre dans votre vie? Voulez-vous me donner un exemple?
5. Quelles sont vos attentes face aux soins que nous allons vous donner?
6. Quel est votre plus grand espoir / attente à ce moment-ci par rapport à vos proches?
7. Comment vos proches réagissent-ils à cet espoir? Vous ont-ils partagé des souhaits?

Soutien

8. Quelles sont les personnes les plus significatives dans votre vie en ce moment? Reçoivent-elles le soutien qu'elles ont besoin? Et vous dans tout ça?
Patient :

Proches :

RÉFÉRENCES

Demande faite le :

 Ergo Physio TS Nutritionniste Inhalothérapeute Intervenant spirituel Bénévole

Signature de l'infirmière :

Date :