

Nom, prénom de l'utilisateur : _____ Numéro de dossier : _____

Présence de douleur : non oui échelle : _____ /10 Localisation : _____ *PQRSTU à rédiger dans notes

Élimination : dernière miction : _____ dernières selles : _____ stomie : _____

Sommeil : insomnie sieste Médication : sédatifs - hypnotiques

Autonomie : Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Marcher	0	1	2	3
Aide technique pour la mobilité	0	1	2	3
Se transférer	0	1	2	3
Se nourrir	0	1	2	3
Utiliser toilettes	0	1	2	3
Se laver	0	1	2	3
S'habiller	0	1	2	3

Activités de la vie domestique (AVD)

Gérer la médication	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide
Gérer son budget	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide
Préparer ses repas	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide
Faire le ménage	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide
Faire l'épicerie/achats	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide
Utiliser les transports	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide

Indiquez le degré d'autonomie
0 = autonome 1 = supervision
2 = aide partielle 3 = aide totale

Inspiré du formulaire « Profil/Aînées » de IUGM-IUGS

Section 3 Section 3 Section 3 Section 3 Section 3 Section 3 Section 3

Personne(s) à joindre

informations vérifiées

1) Nom : _____
Lien : _____
Téléphone (1) : () _____
Téléphone (2) : () _____

2) Nom : _____
Lien : _____
Téléphone (1) : () _____
Téléphone (2) : () _____

Effets personnels (vêtements, bijoux, prothèses dentaires, auditives et/ou visuelles)

Décrire objets de valeur : _____

dépôt à la voûte : enveloppe # _____
 remis à la famille implications et responsabilités expliquées
 en sa possession

Prothèses

Auditives : gauche droite
Dentaires : supérieure inférieure
 complète partielle

Visuelles : lunettes lentilles
Autres : percing : _____
 autre : _____

Médication et prescriptions

remises à la famille pharmacie à l'étage
 bilan comparatif des médicaments (BCM) usager anticoagulé

DÉPISTAGE POUR LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES

Compléter le formulaire « Indications de dépistage pour les bactéries multirésistantes aux antibiotiques » fait

Init. : _____