

SECTION A
IDENTIFICATION ET INFORMATION DE BASE

1- DATE D'ÉVALUATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	jour		mois		année				
2- NOM DU RÉSIDANT	<input type="text"/>								
	nom				prénom				
3- N° Séc.Soc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- Protection complémentaire	<input type="text"/>								
5- N° DOSSIER MÉDICAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- RAISON DE L'ÉVALUATION (inscrire le code dans la case grise)	<ul style="list-style-type: none"> 1. première admission 2. changement significatif 3. réadmission 4. évaluation annuelle 5. changement de tarification 6. autre 								
7- SOURCE DE PAIEMENT (à indiquer pour le service de facturation. Cocher toutes les rubriques qui s'appliquent)	<ul style="list-style-type: none"> a. aide sociale b. régime général c. ass. mal.: autre régime d. protection complémentaire e. ressources personnelles f. autre 								
8- RESPONSABILITÉ POUR SOINS, TRAITEMENTS, TUTELLE	<ul style="list-style-type: none"> a. tuteur b. autre référent légal c. autre procuration, mandat (CH) d. membre de la famille e. résidant responsable f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES 								
9- VOLONTÉS EXPRIMÉES POUR L'AVENIR (les pièces justificatives correspondantes doivent figurer dans le dossier médical. Cocher tout ce qui s'applique)	<ul style="list-style-type: none"> a. volonté exprimée, testament à vie b. ne pas réanimer c. ne pas hospitaliser d. don d'organes e. autopsie f. refus d'alimentation artificielle g. refus de médicaments h. autres restrictions i. AUCUNE DE CES RUBRIQUES 								
10- SORTIE PROGRAMMÉE DANS LES TROIS MOIS (ne concerne pas une sortie pour cause de décès) 0. non 1. oui 2. Inconnu/incertain	<input type="text"/>								
11- PARTICIPATION A L'ÉVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> a. résidant 0. non 1. oui b. famille 0. non 1. oui 2. pas de famille 								

12- SIGNATURES ET SECTIONS REMPLIES
Responsable de la coordination :
Signature : _____ Date : _____
Signature des autres participants et sections remplies.
Signature : _____ Sections : _____
Signature : _____ Sections : _____
Signature : _____ Sections : _____

SECTION B
ÉTAT COGNITIF

1- ETAT COMATEUX état végétatif, durable, inconscient	<input type="text"/>
0. non	<input type="text"/>
1. oui (sauter à la section E)	<input type="text"/>
2- MÉMOIRE (se rappeler ce que l'on a appris ou su)	<input type="text"/>
a. court terme - semble se rappeler après 5 minutes	<input type="text"/>
0. mémoire correcte	<input type="text"/>
1. problème de mémoire	<input type="text"/>
b. long terme - semble se rappeler le passé	<input type="text"/>
0. mémoire correcte	<input type="text"/>
1. problème de mémoire	<input type="text"/>
3- MÉMOIRE : CAPACITÉ DE SE SOUVENIR (cocher tout ce dont le résidant est capable de se souvenir durant les 7 derniers jours)	<input type="text"/>
a. saison actuelle	<input type="text"/>
b. situation de sa propre chambre	<input type="text"/>
c. nom, visage des membres du personnel	<input type="text"/>
d. le fait d'être dans une institution	<input type="text"/>
e. AUCUN SOUVENIR À PROPOS DES POINTS CI-DESSUS	<input type="text"/>
4- FACULTÉS COGNITIVES POUR DÉCISIONS COURANTES (décisions du résidant concernant les tâches de la vie quotidienne)	<input type="text"/>
0. indépendance - décisions logiques et raisonnables	<input type="text"/>
1. indépendance altérée - quelques difficultés dans les situations nouvelles	<input type="text"/>
2. modérément déficientes - décisions de faible qualité, nécessite suggestions et supervision	<input type="text"/>
3. gravement déficientes - ne prend jamais ou rarement de décisions	<input type="text"/>

suite Section B, page suivante

Coder la réponse appropriée Cocher toutes les réponses appropriées

<p>5- SIGNES D'ÉTAT CONFUSIONNEL (DELIRIUM), FLUCTUATIONS DE LA PENSÉE OU DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE (cocher si l'état au cours des 7 derniers jours diffère du fonctionnement habituel)</p> <p>a. moins vigilant, facilement distrait</p> <p>b. perception changeante de l'environnement</p> <p>c. épisodes de discours incohérent</p> <p>d. périodes d'agitation motrice ou de léthargie</p> <p>e. capacités cognitives variant en cours de journée</p> <p>f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES</p>	a
	b
	c
	d
	e
	f
<p>6- CHANGEMENT DE L'ÉTAT COGNITIF (changement de l'état cognitif, de l'habileté ou des capacités au cours des 90 derniers jours)</p> <p>0. pas de changement</p> <p>1. amélioration</p> <p>2. détérioration</p>	

**SECTION C.
COMMUNICATION**

<p>5- CAPACITÉ À COMPRENDRE LES AUTRES (compréhension des informations verbales)</p> <p>0. comprend</p> <p>1. comprend généralement - risque de manquer une partie du message</p> <p>2. comprend parfois - répond adéquatement à un message simple et direct</p> <p>3. comprend rarement ou jamais</p>	
<p>6- MODIFICATION DE LA COMMUNICATION OU DE L'AUDITION Au cours des 90 derniers jours, changement dans la capacité du résidant d'exprimer, de comprendre ou d'entendre une information</p> <p>0. pas de changement</p> <p>1. amélioration</p> <p>2. détérioration</p>	

**SECTION D.
VISION**

<p>1- AUDITION (avec appareil auditif s'il est utilisé)</p> <p>0. entend bien (conversation, TV, téléphone)</p> <p>1. difficulté minime dans un environnement bruyant</p> <p>2. n'entend que dans certaines situations, l'interlocuteur doit élever le ton et articuler</p> <p>3. atteinte grave / n'entend pratiquement rien</p>	
<p>2- COMMUNICATION AVEC APPAREILLAGE OU AIDE TECHNIQUE (cocher tout ce qui s'applique aux 7 derniers jours)</p> <p>a. appareil auditif disponible et utilisé</p> <p>b. appareil auditif disponible, non utilisé</p> <p>c. autres moyens de communication (ex : lecture labiale)</p> <p>d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES</p>	a
	b
	c
	d
<p>3- MODE D'EXPRESSION (cocher tout ce que la personne utilise pour exprimer ses besoins)</p> <p>a. la parole</p> <p>b. messages écrits</p> <p>c. signes, gestes, sons</p> <p>d. tableau pour communiquer</p> <p>e. autre. Préciser :</p> <p>f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES</p>	a
	b
	c
	d
	e
	f
<p>4- SE FAIRE COMPRENDRE</p> <p>0. est compris</p> <p>1. est généralement compris - difficulté pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée</p> <p>2. est parfois compris - capacité limitée à l'expression de demandes concrètes</p> <p>3. rarement ou jamais compris</p>	

<p>1. VUE (capacité de voir, avec une bonne lumière et au besoin avec des lunettes)</p> <p>0. bonne - distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des livres ou des journaux</p> <p>1. déficiente - lit les gros caractères, et non les caractères habituels des livres ou des journaux</p> <p>2. très déficiente - ne lit pas les titres des journaux, semble suivre les objets des yeux</p> <p>3. gravement atteinte - ne distingue rien sinon la lumière, les couleurs ou les formes</p>	
<p>2- LIMITATION OU DIFFICULTÉS VISUELLES</p> <p>a. problème de vision latérale - vision périphérique diminuée, par ex. laisse de la nourriture sur un côté de l'assiette, se déplace avec difficulté, heurte les gens, évalue mal les distances pour s'asseoir</p> <p>b. symptômes suivants : halos ou anneaux autour d'une source lumineuse, éclairs lumineux, voiles devant les yeux</p> <p>c. AUCUNE DE CES RUBRIQUES</p>	a
	b
	c
<p>3- AIDES TECHNIQUES POUR LA VISION (lunettes, lentilles de contact, implants, loupes)</p> <p>0. non</p> <p>1. oui</p>	

Ce Recueil Minimum de Données Standardisées, est une partie de la Démarche de Soins R. A. I.

RAI. = Resident Assesment Instrument ou, Instrument d'Évaluation du Résident

SECTION E

PROBLÈMES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS

ÉCHELLES E1 et E2
DE PERFORMANCE ET D'AIDES DONNÉES à utiliser pour coder les rubriques du tableau de droite
<p>1- AVQ : PERFORMANCE - Échelle E1 (coder la performance du résidant durant les 7 derniers jours, jour et et nuit) Sans tenir compte de l'aide apportée.</p> <p>0. INDÉPENDANT : sans aide ni surveillance OU aide ou surveillance apportée 1 à 2 fois (dans les 7 derniers jours)</p> <p>1. SUPERVISION : surveillance, encouragement ou indication donnés 3 fois ou plus dans les 7 derniers OU supervision ou assistance physique donnée 1 ou 2 fois (dans les 7 derniers jours)</p> <p>2. ASSISTANCE PARTIELLE: résidant très participant à l'activité, a reçu une aide physique pour la mobilisation de ses membres ou une assistance minimale (le résidant est actif) 3 fois ou plus OU aide plus importante donnée 1 ou 2 fois (les 7 derniers jours)</p> <p>3. ASSISTANCE IMPORTANTE : bien que le résidant soit capable d'accomplir une partie de l'activité, les aides suivantes ont été nécessaires 3 fois ou plus (dans les 7 derniers jours) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aide nécessitant de la force (résidant passif) - activité effectuée par le personnel à la place du résidant pendant une partie seulement des 7 derniers jours <p>4. ASSISTANCE TOTALE : le personnel exécute en permanence l'activité à la place du résidant (dans les 7 derniers jours)</p> <p>5. L'ACTIVITÉ N'A PAS ÉTÉ ACCOMPLIE</p>
<p>2- AVQ : AIDE DONNÉE - Échelle E2 CODER LE NIVEAU LE PLUS ÉLEVÉ D'AIDE DONNÉE AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, JOUR ET NUIT.</p> <p>(Coder indépendamment de la classification des performances)</p> <p>0. pas de préparation, ni d'aide physique du personnel</p> <p>1. assistance uniquement pour la préparation de l'activité</p> <p>2. aide physique d'une personne</p> <p>3. aide physique de deux personnes ou plus</p> <p>4. L'ACTIVITÉ N'A PAS ÉTÉ ACCOMPLIE</p>

Utiliser l'échelle E1 pour coder la PERFORMANCE et l'échelle E2 pour coder L'AIDE DONNÉE	P E R F O R M A N C E	A I D E - D O N N ÉE
A- MOBILITÉ AU LIT, DANS LE LIT - se redresser ou s'étendre, se tourner et bouger lorsqu'on est au lit		
B- TRANSFERT - se mouvoir de ou vers le lit, fauteuil, fauteuil roulant. position debout (SAUF baignoire. WC)		
C. DÉPLACEMENTS - se mouvoir dans sa chambre ou sur le même étage (en fauteuil roulant : indépendant une fois installé)		
D- HABILLEMENT - s'habiller et se déshabiller complètement (habits de ville), y compris mettre ou enlever une prothèse		
E- ALIMENTATION - manger et boire (sans tenir compte de la dextérité)		
F- WC - utilisation des WC (chaise percée, protections, urinal), transfert de ou vers le WC, se nettoyer, changer sa protection, réajuster ses habits, prendre soin de sa poche, sa sonde		
G- HYGIÈNE PERSONNELLE - maintenir son hygiène personnelle, y compris se coiffer, se laver les dents, se raser, se maquiller, se laver et essuyer le visage, mains et parties génitales (bains et douches exclus)		
3- BAIN DOUCHE Prendre un bain complet / douche, toilette complète au lavabo entrer / sortir de la baignoire / douche (à l'exclusion du lavage du dos ou des cheveux) (Coder la performance et l'aide dans les situations les plus défavorables observées.) Pour la performance, utiliser l'échelle ci-dessous :		
0. indépendant		
1. supervision		
2. assistance partielle, limitée à l'entrée et sortie		
3. assistance partielle pour le bain		
4. dépendance totale		
Pour l'aide donnée, utilisez l'échelle E2	a	b

SECTION F.

CONTINENCE DURANT LES 14 DERNIERS JOURS

<p>4- PROBLÈMES DE LA MAÎTRISE DU CORPS (cocher tout se qui s'applique aux 7 derniers jours)</p> <p>a. équilibre : perte totale ou partielle de l'équilibre en position debout</p> <p>b. alité tout le temps ou le plus souvent</p> <p>c. spasticité des bras, des jambes, épaules ou mains</p> <p>d. hémiplégie / hémiparésie</p> <p>e. tétraplégie</p> <p>f. bras : perte totale ou partielle du contrôle des mouvements volontaires</p> <p>g. mains : manque de dextérité (ex.: difficulté à manier la brosse à dents ou à ajuster un appareil acoustique)</p> <p>h. jambes : perte totale ou partielle des mouvements volontaires</p> <p>i. jambes: démarche mal assurée</p> <p>j. tronc : perte totale ou partielle de la capacité de se redresser, rester en équilibre, se tourner</p> <p>k. amputation</p> <p>I. AUCUN DE CES PROBLÈMES</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p> <p>d</p> <p>e</p> <p>f</p> <p>g</p> <p>h</p> <p>i</p> <p>j</p> <p>k</p> <p>l</p>	<p>1- CONTINENCE Coder la performance du résidant de jour et de nuit</p> <p>0. CONTINENT : contrôle complet</p> <p>1. HABITUELLEMENT CONTINENT : épisode d'incontinence : URINE, moins de deux fois par semaine ; incontinence de SELLES, moins d'une fois par semaine</p> <p>2. OCCASIONNELLEMENT INCONTINENT : épisode d'incontinence : URINE, deux fois par semaine au moins mais pas chaque jour ; SELLES une fois par semaine</p> <p>3. FRÉQUEMMENT INCONTINENT : incontinence d'URINE quotidienne, avec cependant persistance d'un contrôle (ex.: pendant la journée) ; incontinence de SELLES 2 à 3 fois par semaine</p> <p>4. INCONTINENT : toujours ou presque aucun contrôle</p>	<p>a. CONTINENCE FÉCALE Contrôle des selles (à l'aide d'un programme spécifique éventuellement)</p>
<p>5- AIDES TECHNIQUES A LA MOBILITÉ (cocher tout se qui s'applique aux 7 derniers jours)</p> <p>a. canne, cadre de marche, déambulateur</p> <p>b. appareil orthopédique, prothèse</p> <p>c. fauteuil roulant (se déplace seul)</p> <p>d. fauteuil roulant (est poussé par un tiers)</p> <p>e. soulevé manuellement ou mécaniquement</p> <p>f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p> <p>d</p> <p>e</p> <p>f</p>	<p>b. CONTINENCE URINAIRE Contrôle de la miction ou pertes minimales ne traversant pas les sous-vêtements, avec éventuellement aide technique (ex.: clamp pénien, sonde) ou programme de continence</p>	<p>2. INVESTIGATIONS FAITES CONCERNANT L'INCONTINENCE (sauter cette rubrique si le score d'incontinence urinaire du résidant est égal à 0 ou 1, ET s'il n'a pas de sonde urinaire)</p> <p>a. Une infection des voies urinaires a été recherchée chez le résidant</p> <p>b. Un fécalome a été recherché, ou l'élimination des selles ne pose pas de problème</p> <p>c. AUCUNE DE CES RUBRIQUES</p>
<p>6. SEGMENTATION DES TÂCHES Le résidant requiert la division de tout ou partie des AVQ en une série de tâches partielles pour qu'il puisse les effectuer</p> <p>0. non</p> <p>1. oui</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p>	<p>3. MOYENS AUXILIAIRES ET PROGRAMMES</p> <p>a. mictions programmées</p> <p>b. condom, système de recueil externe</p> <p>c. sonde vésicale à demeure</p> <p>d. sondages occasionnels</p> <p>e. n'a pas utilisé les toilettes, urinal, chaise percée</p> <p>f. protections</p> <p>g. lavements ou irrigations</p> <p>h. colostomie</p> <p>i. AUCUNE DE CES RUBRIQUES</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p> <p>d</p> <p>e</p> <p>f</p> <p>g</p> <p>h</p> <p>i</p>
<p>7- POTENTIEL DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE AUX A.V.Q.</p> <p>a. le résidant se sent capable d'atteindre une indépendance accrue pour au moins quelques AVQ.</p> <p>b. le personnel estime que le résidant est capable d'atteindre une indépendance accrue pour au moins quelques AVQ.</p> <p>c. le résidant est capable d'accomplir les A.V.Q., mais il est très lent</p> <p>d. différence marquée dans la performance ou le besoin d'aide pour les A.V.Q. entre le matin et le soir</p> <p>e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p> <p>d</p> <p>e</p>	<p>4- MODIFICATION DE LA CONTINENCE URINAIRE (changement de la continence, en fonction des moyens auxiliaires pour la continence ou des programmes durant les 90 derniers jours)</p> <p>0. aucun changement</p> <p>1. amélioration</p> <p>2. détérioration</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p>
<p>8- MODIFICATION DE L'ÉTAT FONCTIONNEL LIÉ AUX A.V.Q.</p> <p>0. pas de changement</p> <p>1. amélioration</p> <p>2. détérioration</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p>		

SECTION G. BIEN-ÊTRE PSYCHO-SOCIAL

**SI LE RÉSIDANT EST DANS LE COMA,
PASSER À LA SECTION J**

Suite Humeur et comportement

1- SENS DE L'INITIATIVE, IMPLICATION	
a. à l'aise dans les contacts avec autrui	a
b. à l'aise pour effectuer des activités organisées	b
c. à l'aise pour entreprendre seul des activités	c
d. fixe ses propres objectifs	d
e. s'intègre à la vie de l'établissement (cultive l'amitié les activités de groupe, participe à de nouvelles activités, à la vie religieuse)	e
f. accepte les invitations à participer à la plupart des activités de groupes	f
g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g
2 - RELATIONS PERTURBÉES	
a. conflit latent / ouvert, critiques répétées à l'égard du personnel	a
b. mécontent des voisins de chambre	b
c. mécontent des résidents d'autres chambres	c
d. exprime de l'agressivité envers sa famille, ses amis	d
e. absence de contacts personnels avec la famille, les amis	e
f. perte récente d'un proche (famille, ami)	f
g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g
3- RÔLES ANTÉRIEURS	
a. forte identification à ses rôles, son statut antérieur	a
b. exprime tristesse / colère / sentiment de vide par rapport à la perte d'un rôle ou d'un statut antérieur	b
c. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	c

3- COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE	
Coder le comportement des 7 derniers jours :	
0. comportement pas observé dans les 7 derniers jours	
1. comportement observé, mais pas chaque jour	
2. comportement observé chaque jour, une ou plusieurs fois	
a. DÉAMBULATION (se déplace sans but ni besoins apparents, au mépris de sa sécurité)	a
b. AGRESSIVITÉ VERBALE (menace, injurie, maudit autrui)	b
c. AGRESSIVITÉ PHYSIQUE (frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui)	c
d. COMPORTEMENT SOCIALEMENT INADAPTÉ / PERTURBATEUR (perturbe par des cris, du bruit, se masturbe ou se déshabille en public, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires d'autrui)	d
4- RÉSISTANCE DU RÉSIDANT AUX SOINS (noter toutes les formes de résistance intervenues dans les 7 derniers jours)	
a. s'est opposé à la prise de médicaments/injections	a
b. s'est opposé à être aidé pour les AVQ.	b
c. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	c
5- PROGRAMME RELATIF AU COMPORTEMENT	
Le problème de comportement a fait l'objet d'un plan de soins écrit (ne concerne pas un programme qui ne comprendrait que des mesures de contention physique ou des traitements médicamenteux psychotropes)	
0. pas de problème de comportement	
1. oui, a fait l'objet d'un plan de soins	
2. non, aucun plan n'a été établi	
6- CHANGEMENT D'HUMEUR (changement d'humeur durant les 90 derniers jours)	
0. pas de changement	
1. amélioration	
2. détérioration	
7- CHANGEMENT DU COMPORTEMENT (changement dans les signes de comportement problématique durant les 90 derniers jours)	
0. pas de changement	
1. amélioration	
2. détérioration	

SECTION H.

HUMEUR ET COMPORTEMENT

1- TRISTESSE OU ANXIÉTÉ (cocher ce qui s'applique aux 30 derniers jours)	
a. EXPRESSION VERBALE DE DÉTRESSE (tristesse,	a
SIGNES PERCEPTIBLES DE DÉTRESSE :	
b. pleurs, gémissements, soupirs, oppression	b
c. agitation motrice (100 pas, fébrilité)	c
d. ne mange pas, ne prend pas les médicaments,	d
e. se préoccupe trop de sa santé (hypocondrie)	e
f. pensées morbides répétées (ex.: croit qu'il va	f
g. pensées ou actes suicidaires	g
h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h
2- PERSISTANCE DE LA TRISTESSE OU DE L'ANXIÉTÉ L'état d'anxiété ou de tristesse a perturbé la vie	
0 non	
1. oui	

SECTION K. PROBLÈMES DE SANTÉ

suite État buccal et nutritionnel

1- PROBLÈMES DE SANTÉ (cocher tous les problèmes s'étant présentés au cours des 7 derniers jours)	
a. constipation	a
b. diarrhée	b
c. étourdissements/vertiges	c
d. oedème	d
e. fécalome	e
f. fièvre	f
g. hallucinations/idées délirantes	g
h. hémorragie interne	h
i. douleurs articulaires	i
j. douleur (le résidant souffre journellement ou presque)	j
k. aspirations bronchiques répétées dans les 90 derniers jours	k
l. essoufflement / dyspnée	l
m. syncope (évanouissement)	m
n. vomissements	n
o. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	o

2- ACCIDENTS	
a. chute survenue dans les 30 derniers jours	a
b. chute survenue il y a 31 à 180 jours	b
c. fracture du col du fémur dans les 180 jours	c
d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d

3- STABILITÉ DES PROBLÈMES	
a. les problèmes de santé rendent instables, précaires ou détériorent le niveau cognitif, les AVQ, le comportement du résidant	a
b. le résidant vit actuellement un épisode aigu ou une poussée d'un problème récurrent ou chronique	b
c. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	c

3- PROBLÈMES NUTRITIONNELS	
a. se plaint à propos du goût des aliments	a
b. absorption hydrique insuffisante, déshydratation	b
c. n'a PAS absorbé tout ou une grande partie des boissons offertes les trois derniers jours	c
d. se plaint régulièrement d'avoir faim	d
e. laisse plus de 25% de nourriture à la plupart des repas	e
f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	f

4- TYPE D'ALIMENTATION	
a. parentérale / IV	a
b. alimentation par sonde	b
c. alimentation hachée ou mixée	c
d. nourri à la seringue	d
e. régime diététique	e
f. supplément diététique entre les repas	f
g. moyens auxiliaires (par ex. : assiette fixée...)	g
h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h

SECTION M. ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

1- ÉTAT BUCCAL ET PRÉVENTION	
a. déchets dans la bouche lors du coucher le soir (substances molles, faciles à extirper)	a
b. prothèses dentaires amovibles (y compris partielles)	b
c. a perdu toutes ou quelques dents naturelles, mais n'a pas ou n'utilise pas de prothèses dentaires	c
d. dent cassée, qui bouge, cariée	d
e. gencives enflammées, enflées ou qui saignent, abcès dans la bouche, ulcères ou éruption	e
f. nettoyage quotidien des dents ou des prothèses	f
g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g

SECTION L. ÉTAT BUCCAL ET NUTRITIONNEL

1-PROBLÈMES BUCCAUX	
a. problème de mastication	a
b. problème de déglutition	b
c. douleurs dans la bouche	c
d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d

2- TAILLE ET POIDS (noter la taille en cm et le poids en kg, le résidant ayant été pesé dans les 30 derniers jours dans des conditions identiques chaque fois. Ex. : le matin à jeun, sans souliers, en chemise de nuit)	
a. Taille (cm)	
b. Poids (kg)	
c. perte de poids (plus de 5% dans les 30 derniers jours, ou plus de 10% dans les 180 jours)	c
0. non 1. oui	

SECTION N. PROBLÈMES DE PEAU

1- ULCÈRES DE STASE (VARIQUEUX) (lésion ouverte causée par une lésion veineuse déficiente des membres inf.)	
0. non 1. oui	
2- ULCÈRES DE DÉCUBITUS (ESCARRES) (Coder le stade le plus développé des escarres observées chez le résidant)	
0. aucun ulcère	
1. stade 1 zone de rougeur persistante de la peau (sans lésion) qui ne disparaît pas quand le point de pression est supprimé	
2. stade 2 amincissement de la peau qui se présente cliniquement sous forme d'abrasion, phlyctène ou plaie peu profonde	
3. stade 3 lésion cutanée exposant les tissus sous cutanés, sous la forme d'une plaie profonde, avec ou sans atteinte des tissus environnants	
4. stade 4 lésion des tissus cutanés et sous-cutanés, exposant les muscles et / ou les os	

3- ANTÉCÉDENTS D'ESCARRES le résidant a eu une escarre traitée et / ou guérie durant les 90 derniers jours 0. non 1. oui	
4- PROBLÈMES ET SOINS DE PEAU a. lésions ouvertes autres qu'ulcères ou escarres (par ex. coupure) b. peau insensible à la douleur, la compression, l'inconfort c. soins de prévention et d'entretien de la peau d. programme de changement de position e. matelas anti-escarres, coussins spéciaux f. soins / traitement de plaie (ex. : escarre, plaie chirurgicale) g. autres soins / traitement de la peau h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a b c d e f g h

SECTION O. MÉDICAMENTS

1- NOMBRE DE MÉDICAMENTS (noter le nombre de médicaments différents utilisés durant les 7 derniers jours, noter 0 si aucun n'a été utilisé)	
2- NOUVEAUX MÉDICAMENTS le résidant a reçu de nouveaux médicaments durant les 90 derniers jours. 0. non 1. oui	
3- INJECTIONS (noter le nombre de jours durant les 7 derniers jours au cours desquels le résidant a reçu une injection quelconque)	
4- NOMBRE DE JOURS OÙ LES MÉDICAMENTS SUIVANTS ONT ÉTÉ DÉLIVRÉS (noter le nombre de jours durant les 7 derniers jours. Si aucun n'a été donné, noter 0. Si un médicament retard a été donné moins d'une fois par semaine, noter 1) a. neuroleptiques b. anxiolytiques / hypnotiques c. antidépresseurs	a b c
5- RÉSULTATS DES TRAITEMENTS ANTÉRIEURS (sauter cette question si le résidant reçoit actuellement un traitement neuroleptique, antidépresseur, anxiolytique ou hypnotique, sinon coder la réponse correcte concernant les 90 derniers jours) Le résidant a reçu auparavant des médicaments psychotropes pour un problème d'humeur ou de comportement, et ces médicaments ont été efficaces (sans effets secondaires exagérés) 0. non, aucun de ces médicaments n'a été utilisé 1. ces médicaments ont été efficaces 2. ces médicaments n'ont pas été efficaces 3. efficacité incertaine / inconnue	

SECTION P.

PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX

1- PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX (cocher les traitements reçus au cours des 14 derniers jours) a. chimiothérapie b. radiothérapie c. dialyse d. aspiration e. soins de la trachéostomie f. médication intraveineuse g. transfusion h. oxygène i. autres j. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a b c d e f g h i j
THÉRAPIES (noter le nombre de jours, au cours des 7 derniers jours, où chacune de ces thérapies a été administrée ou moins 10 minutes par jour) {Se référer aux définitions de la rubrique Q1.} k. logopédie, orthophonie et rééducation auditive l. ergothérapie (occupations ou activités d'animation exclues) m. kinésithérapie (physiothérapie) n. psychothérapie (par professionnel qualifié) o. thérapie respiratoire	k l m n o
2- RÉSULTATS DE LABORATOIRE ANORMAUX Le résidant a-t-il eu des résultats de laboratoire anormaux durant les 90 derniers jours ? 0. non 1. oui 2. pas d'examen effectué	
3- MOYENS DE CONTENTION Utiliser les codes suivants pour les 7 derniers jours 0. pas utilisé 1. utilisé moins que quotidiennement 2. utilisé quotidiennement a. barrières de lit b. contention du tronc c. contention des membres d. attaches au fauteuil	a b c d

SECTION Q.

RUBRIQUES COMPLÉMENTAIRES

Les rubriques de cette section ne figuraient pas dans la version originale du MDS, mais ont été rajoutées dans une version ultérieure intitulée "MDS+" (cf explication au chapitre 6 du Manuel d'utilisation).

	A	B	
	Nombre de jours	Total minutes en 7 jours	
I- THÉRAPIES			
Noter dans la colonne A, le NOMBRE DE JOURS (de 0 à 7) et dans la colonne B, le TOTAL DE MINUTES pour chacun des traitements suivants administrés (pendant au moins 10 minutes) au cours des 7 derniers jours en thérapie individuelle, par un professionnel diplômé de ces disciplines. (Si le traitement n'est pas administré, noter 0 dans les deux colonnes)			
a. logopédie, orthophonie et rééducation auditive			
b. ergothérapie, thérapie occupationnelle			
c. physiothérapie, kinésithérapie			
II - SOINS DE RÉADAPTATION AIDE AU RÉTABLISSMENT (Noter chacune des techniques suivantes de réadaptation ayant été administrée par le personnel Infirmier ou sous sa supervision pendant au moins 15 minutes par jour et au moins 5 jours au cours des 7 derniers jours)			
0. non 1. oui			
a. mobilisation passive			a
b. mobilisation active			b
c. utilisation d'attelle ou autre appareil orthopédique			c
d. mise en oeuvre d'un programme d'élimination (selles, urines)			d
Formation et entraînement de l'habileté dans les domaines suivants :			
e. locomotion / mobilité			e
f. habillement / soins de toilette et de beauté			f
g. manger / avaler			g
h. transfert			h
i. soins au moignon			i
III - VENTILATEUR / RESPIRATEUR			
Le résidant a-t-il utilisé un ventilateur ou respirateur (appareil électrique ou pneumatique) au cours des 14 jours précédents ?			
0. non			
1. oui			
IV - VISITES MÉDICALES			
Pendant les 30 jours précédents, ou depuis l'admission du résidant (si celle-ci a eu lieu plus récemment), combien de fois (0 à 99) un médecin a-t-il visité l'établissement ET changé les prescriptions médicales concernant le résidant?			
Nombre de visites :			
V - SOINS DES PIEDS			
Indiquer les traitements pratiqués au cours des 30 derniers jours			
0. non 1. oui			
a. bains de pieds			a
b. pansements avec ou sans application d'une médication locale			b
VI - PROBLÈMES LIÉS À L'ÉTAT DE VEILLE (vigilance)			
Pendant les 30 jours précédents le résidant a-t-il manifesté l'un ou l'autre des signes suivants?			
0. non 1. oui			
a. se réveille tôt et de mauvaise humeur			a
b. est éveillé 7 heures ou moins de 7 heures par jour			b
VII - BRÛLURES			
Le résidant a-t-il souffert de brûlures (du 2° ou 3° degré) au cours des 7 derniers jours ?			
0. non			
1. oui			

Après avoir effectué le *Recueil de données*, repérer les problèmes en se reportant au *Tableau d'alarme*.

Celui-ci oriente vers un *Protocole d'évaluation du Résidant*.

Utiliser celui qui convient parmi les dix huit proposés, permet d'analyser la situation et de bâtir un *Plan de Soins* ou seront exposés les objectifs et les interventions programmées.

A2- NOM DU RÉSIDANT nom prénom

A3-N° SÉC.SOC

Code

	Trimestre		
	1	2	3
B2- MÉMOIRE (se rappeler ce que l'on a appris ou su)			
a. court terme - semble se rappeler après 5 mn			
0. mémoire correcte			
1. problème de mémoire			
b. long terme - semble se rappeler le passé			
0. mémoire correcte			
1. problème de mémoire			
4- FACULTÉS COGNITIVES POUR DÉCISIONS COURANTES (décisions du résidant concernant les tâches de la vie quotidienne)			
0. indépendance - décisions logiques et raisonnables			
1. indépendance altérée - quelques difficultés dans les situations nouvelles			
2. modérément déficientes - décisions de faible qualité, nécessite suggestions et supervision			
3. gravement déficientes - ne prend jamais ou rarement de décisions			
C4- SE FAIRE COMPRENDRE			
0. est compris			
1. est généralement compris - difficulté pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée			
2. est parfois compris - capacité limitée à l'expression de demandes concrètes			
3. rarement ou jamais compris			
C5- CAPACITÉ À COMPRENDRE LES AUTRES (compréhension des informations verbales)			
0. comprend			
1. comprend généralement - risque de manquer une partie du message			
2. comprend parfois - répond adéquatement à un message simple et direct			
3. comprend rarement ou jamais			

E1- AVQ : PERFORMANCE - (Échelle E1)
 Coder la performance du résidant durant les 7 derniers jours et nuit. sans tenir compte de l'aide apportée :

0. INDÉPENDANT : sans aide ni surveillance OU aide ou surveillance apportée 1 à 2 fois (dans les 7 derniers jours)

1. SUPERVISION : surveillance, encouragement ou indication donnés 3 fois ou plus dans les 7 derniers jours OU supervision ou assistance physique donnée 1 ou 2 fois (dans les 7 derniers jours)

2. ASSISTANCE PARTIELLE: résidant très participant à l'activité, a reçu une aide physique pour la mobilisation de ses membres ou une assistance minimale (le résidant est actif) 3 fois ou plus OU aide plus importante donnée 1 ou 2 fois (les 7 derniers jours)

3. ASSISTANCE IMPORTANTE : bien que le résidant soit capable d'accomplir une partie de l'activité, les aides suivantes ont été nécessaires 3 fois ou plus (dans les 7 derniers jours) :

- aide nécessitant de la force (résidant passif)
- activité effectuée par le personnel à la place du résidant pendant une partie seulement des 7 derniers jours

4. ASSISTANCE TOTALE : le personnel exécute en permanence l'activité à la place du résidant (dans les 7 derniers jours)

5. L'ACTIVITÉ N'A PAS ÉTÉ ACCOMPLIE

	Trimestre		
	1	2	3
B- TRANSFERT - se mouvoir de ou vers le lit, fauteuil, fauteuil roulant. position debout (SAUF baignoire, WC)			
C. DÉPLACEMENTS - se mouvoir dans sa chambre ou sur le même étage (en fauteuil roulant : indépendant une fois installé)			
D- HABILLEMENT - s'habiller et se déshabiller complètement (habits de ville), y compris mettre ou enlever une prothèse			
E- ALIMENTATION - manger et boire (sans tenir compte de la dextérité)			
F- WC - utilisation des WC (chaise percée, protections, urinal), transfert de ou vers le WC, se nettoyer, changer sa protection, réajuster ses habits, prendre soin de sa poche, sa sonde			
E3- BAIN DOUCHE Prendre un bain complet / douche, toilette complète au lavabo entrer / sortir de la baignoire / douche (à l'exclusion du lavage du dos ou des cheveux) - Coder la performance dans les situations les plus défavorables observées, en utilisant l'échelle :			
0. indépendant			
1. supervision			
2. assistance partielle, limitée à l'entrée / sortie			
3. assistance partielle pour le bain			
4. dépendance totale			

F1- CONTINENCE (coder la performance du résidant jour et nuit) 1. HABITUELLEMENT CONTINENT : épisode d'incontinence : URINE, moins de deux fois par semaine ; incontinence de SELLES, moins d'une fois par semaine 2. OCCASIONNELLEMENT INCONTINENT : épisode d'incontinence : URINE, deux fois par semaine au moins mais pas chaque jour ; SELLES, une fois par semaine 3. FRÉQUEMMENT INCONTINENT : incontinence d'URINE quotidienne, avec cependant persistance d'un contrôle (ex.: pendant la journée) ; incontinence de SELLES 2 à 3 fois par semaine 4. INCONTINENT : toujours ou presque aucun contrôle			
	Trimestre		
	1	2	3
	a. CONTINENCE FÉCALE Contrôle des selles (à l'aide d'un programme spécifique éventuellement)		
b. CONTINENCE URINAIRE Contrôle de la miction ou pertes minimales ne traversant pas les sous-vêtements, avec éventuellement aide technique (ex.: clamp pénien, sonde) ou programme de continence)			
H2- PERSISTANCE DE LA TRISTESSE OU DE L'ANXIÉTÉ L'état d'anxiété ou de tristesse a perturbé la vie quotidienne au cours des 7 derniers jours. Pas d'amélioration notable, reste morose. 0 non 1. oui			
H3- COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE Coder le comportement des 7 derniers jours 0. comportement pas observé dans les 7 derniers jours 1. comportement observé, mais pas chaque jour 2. comportement observé chaque jour, une ou plusieurs fois a. DÉAMBULATION (se déplace sans but ni besoins apparents, au mépris de sa sécurité) b. AGRESSIVITÉ VERBALE (menace, injurie, maudit autrui) c. AGRESSIVITÉ PHYSIQUE (frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui) d. COMPORTEMENT SOCIALEMENT INADAPTÉ / PERTURBATEUR (perturbe par des cris, du bruit, se masturbe ou se déshabille en public, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires d'autrui)			

J2- AUTRES DIAGNOSTICS ACTUELS (avec code de la classification internationale des maladies CIM-9)										
Premier Trimestre										
a.										
b.										
Deuxième Trimestre										
c.										
d.										
Troisième Trimestre										
e.										
f.										

			Trimestre		
			1	2	3
L2- POIDS					
c. perte de poids (plus de 5% dans les 30 derniers jours, ou plus de 10% dans les 180 jours)					
0. non 1. oui					
O4- NOMBRE DE JOURS OU LES MÉDICAMENTS SUIVANTS ONT ÉTÉ DÉLIVRÉS (noter le nombre de jours durant les 7 derniers jours, noter 0 si aucun n'a été pris, noter 1 pour les médicaments retardés utilisés moins d'une fois par semaine.)					
a. neuroleptiques					
b. anxiolytiques/hypnotiques					
c. antidépresseurs					
P3- MOYENS DE CONTENTION Utiliser les codes suivants pour les 7 derniers jours :					
0. pas utilisé					
1. utilisé moins que quotidiennement					
2. utilisé quotidiennement					
b. contention du tronc					
d. attaches au fauteuil					

SIGNATURES ET DATES	
PREMIER TRIMESTRE	
Date de l'évaluation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Le bilan indique-t-il la nécessité de faire un plan de soin ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Signature de la responsable de la coordination :	
Signature des autres personnes ayant rempli une partie de l'évaluation :	
DEUXIÈME TRIMESTRE	
Date de l'évaluation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Le bilan indique-t-il la nécessité de faire un plan de soin ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Signature de la responsable de la coordination :	
Signature des autres personnes ayant rempli une partie de l'évaluation :	
TROISIÈME TRIMESTRE	
Date de l'évaluation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Le bilan indique-t-il la nécessité de faire un plan de soin ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Signature de la responsable de la coordination :	
Signature des autres personnes ayant rempli une partie de l'évaluation :	