

ÉQUIPE DE SOUTIEN – SCPD :
(SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE)



DEMANDE D'INTERVENTION

TRANSMETTRE PAR TÉLÉCOPIEUR À L'ATTENTION DE :
SYLVIE REY, CLSC SAINT-MARC-DES-CARRIÈRES – TÉLÉCOPIEUR : 418 268-6248

S'IL VOUS PLAÎT, VEUILLEZ RESPECTER LES RÈGLES DE CONFIDENTIALITÉ.

DATE : ____/____/____

N° DOSSIER : _____

SCPD IDENTIFIÉ : _____

COMMENTAIRES : _____

- Estimation du niveau de risque : élevé moyen bas
- Risque pour : aîné autres résidents soignants visiteurs
- autre(s) : _____

- Mesures de contrôle (en lien avec SCPD) :
- Contention physique : oui non
 - Contention chimique : oui non
 - Isolement : oui non

COMMENTAIRES : _____

INFIRMIÈRE : _____ HORAIRE DE TRAVAIL : jour soir nuit

- C. d'héb. Donnacona C. d'héb. Pont-Rouge C. d'héb. Saint-Casimir
- C. d'héb. Saint-Marc-des-Carrières C. d'héb. Saint-Raymond Hôpital régional de Portneuf

UNITÉ : _____ NUMÉRO DE CHAMBRE : _____

TÉLÉPHONE : _____ HEURE À LAQUELLE VOUS ÊTES LE PLUS DISPONIBLE : ____ h ____

PERSONNES AVISÉES DE LA DEMANDE : Coordonnatrice Médecin Équipe Autre : _____

S'IL VOUS PLAÎT, JOINDRE le formulaire *Guide pour l'évaluation clinique – SCPD*. MERCI!