

DOCUMENT DE SUIVI



N° DOSSIER : _____

LIEU : _____

DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE : ____/____/____

PRISE DE CONTACT INITIAL : ____/____/____ AVEC : _____

RENCONTRE PRÉVUE LE : ____/____/____ à ____ h ____ AVEC : _____

DOSSIER CONSULTÉ LE : ____/____/____

ANALYSE DE LA SITUATION

NOM, PRÉNOM : _____ ÂGE : _____ ANS

DATE D'ADMISSION : _____

SCPD DEPUIS : ____ jours ____ semaines ____ mois

HORAIRE SCPD : jour soir nuit tous les quarts de travail

Approche base revue : _____ Recadrage : _____

L'ÉVALUATION INITIALE COMPORTE :

ÉTEC : _____

Histoire de santé : _____ AMPE – AÎNÉES : _____

Rencontre du résident : _____ PQRST : _____

Besoins compromis / Neuf besoins : _____

Description du comportement : _____

Outils cliniques : _____ _____ _____ _____

PTI AJUSTÉ : oui non Constat : _____

Directives : _____

PLAN DE SOINS élaboré : oui non PLAN DE SOINS respecté : oui non

PLAN DE TRAITEMENT modifié : oui non PTI- ÉVALUATION ET SURVEILLANCE MÉDICATION : oui non

PSYCHOTROPE : régulier : _____ PRN : _____

AUTRES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS :

Coordonnatrice

Médecin

Pharmacien

Autres : _____

DÉMARCHE ENTREPRISE : _____

RÉFÉRENCE À :

→ **ÉS-SCPD :** Non Oui >>> Date : ____/____/____

Nommer : _____

→ **COMITÉ D'ÉTHIQUE :** Non Oui >>> Date : ____/____/____

→ **CEVQ-ÉQUIPE MENTORAT :** Non Oui >>> Date : ____/____/____

Nommer : _____

→ **IUSMQ :** Non Oui >>> Date : ____/____/____

Nommer : _____