

## GUIDE POUR L'ÉVALUATION CLINIQUE - SCPD

(SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE)



DESCRIPTION SOMMAIRE DU SCPD (FAITS ET COMPORTEMENTS PRÉCIS) : \_\_\_\_\_

S'AGIT-IL D'UN :  SCD ou  SPD ?

QUI DÉCRIT LES FAITS?  INFIRMIÈRE  INFIRMIÈRE AUXILIAIRE  PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES  AUTRE : \_\_\_\_\_

PRÉSENTATION HORAIRE DU SCPD :  jour  soir  nuit

➤ Estimation du niveau de risque :  élevé  moyen  bas ➤ pour :  aîné  autrui : \_\_\_\_\_

➤ Mesures de contrôle (y compris médication):  non  oui : \_\_\_\_\_

L'APPROCHE BASE EST-ELLE ADAPTÉE ET APPLIQUÉE ?  oui  non ➔ Informer l'équipe  jour/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_

soir/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_

nuit/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_

Y A-T-IL BESOIN DE RECADRAGE ?  non  oui ➔ Recadrage  jour/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_

soir/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_

nuit/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_

➤ ÉTEC AVEC L'ÉQUIPE  jour/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_  soir/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_  nuit/ Initiales inf. : \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES : \_\_\_\_\_

### AÎNÉ

Admission : \_\_\_\_\_ mois

Génogramme et écocarte complétés

Éléments significatifs de l'histoire de vie : \_\_\_\_\_



## HISTOIRE DE SANTÉ

Antécédents de SCPD au PTI :  non  oui ➤ Quand : \_\_\_\_\_ Lequel : \_\_\_\_\_

Y a-t-il des changements pour :  poids : \_\_\_\_\_  signes vitaux : \_\_\_\_\_  laboratoire : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

M : \_\_\_\_\_

P : \_\_\_\_\_

E : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

I : \_\_\_\_\_

N : \_\_\_\_\_

É : \_\_\_\_\_

E : \_\_\_\_\_

S : \_\_\_\_\_

## OBSERVATION DU COMPORTEMENT (PAR L'ÉQUIPE)

P : \_\_\_\_\_

Q : \_\_\_\_\_

R : \_\_\_\_\_

S : \_\_\_\_\_

T : \_\_\_\_\_

Examen clinique pour évaluation des SCPD (AR-481) **systematiquement**

Autonomie fonctionnelle (RSIPA) **systematiquement**

Examen clinique de l'état mental chez l'aîné (AR-462)

Examen clinique des poumons chez l'aîné (AR-463)

Examen clinique du cœur chez l'aîné (AR-464)

Examen clinique de l'abdomen chez l'aîné (AR-465)

Évaluation de la douleur – PQRST (AR-388)

Guide d'observation de la douleur PACSLAC (AR-437)

Autre : \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES : \_\_\_\_\_



## ÉVALUATION – CAUSES SOUS-JACENTES

### ÉVALUATION – FACTEURS PRÉDISPOSANTS :

Facteurs neurologiques : \_\_\_\_\_

Facteurs cognitifs : \_\_\_\_\_

État de santé : \_\_\_\_\_

Facteurs démographiques et historiques : \_\_\_\_\_

### ÉVALUATION - FACTEURS PRÉCIPITANTS :

Facteurs personnels (besoins compromis) : \_\_\_\_\_

Environnement physique : \_\_\_\_\_

Environnement social : \_\_\_\_\_

### Y A-T-IL DES FACTEURS AU NIVEAU DES 9 BESOINS :

Territoire : \_\_\_\_\_  Communication : \_\_\_\_\_  Estime de soi: \_\_\_\_\_

Sécurité : \_\_\_\_\_  Autodétermination : \_\_\_\_\_  Temps : \_\_\_\_\_

Identité : \_\_\_\_\_  Confort: \_\_\_\_\_  Compréhension: \_\_\_\_\_

➤ Le **médecin** a-t-il exclu une cause médicale aiguë?  oui  non

➤ L'analyse du **profil pharmacologique** a-t-elle été réalisée?  oui  non

➤ Le **pharmacien** a-t-il collaboré?  oui  non

## ÉVALUATION CLINIQUE – DESCRIPTION DU COMPORTEMENT

### INSTRUMENTS DE MESURE UTILISÉS :

MEEM-Folstein (AH-107)

MEEM – Cas sévère (AR-444)

Inventaire d'agitation Cohen-Mansfield (AR-440)  Inventaire neuropsychiatrique de Cummings (AR-441)

Échelle de Cornell (AR-438)  Échelle de dépression gériatrique (AR-355)

Grille d'observation clinique (AR-442-A)  Grille d'analyse de la grille d'observation clinique (AR-442-B)

Autre : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES : \_\_\_\_\_



## ANALYSE – NOMMER LE SCPD

### SCD

- Errance : \_\_\_\_\_  Agitation : \_\_\_\_\_  Résistance aux soins : \_\_\_\_\_  
 Comportement sexuel inapproprié : \_\_\_\_\_  Réaction de catastrophe : \_\_\_\_\_  
 Syndrome crépusculaire : \_\_\_\_\_

### SPD

- Idées délirantes : \_\_\_\_\_  Hallucinations : \_\_\_\_\_  Illusions : \_\_\_\_\_  
 Dépression : \_\_\_\_\_  Apathie : \_\_\_\_\_  Anxiété : \_\_\_\_\_

Non SCPD : \_\_\_\_\_

### PLAN DE SOINS

- PTI AJUSTÉ par infirmière : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 PLAN DE SOINS ÉLABORÉ par infirmière : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- LE PLAN DE SOINS CONCERNE :  ÉQUIPE JOUR  ÉQUIPE SOIR  ÉQUIPE NUIT  
 INFIRMIÈRE  INFIRMIÈRE AUXILIAIRE  PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES  AUTRE : \_\_\_\_\_

- PLAN DE TRAITEMENT MODIFIÉ par médecin :  oui : \_\_\_\_\_  non  
 PTI AJUSTÉ EN FONCTION DU PLAN DE TRAITEMENT :  oui  non

### ÉQUIPE SOINS ET ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

(INSCRIRE LA DATE POUR CHAQUE RÉUNION OU DEMANDE COCHÉE)

- Réunion d'équipe  jour : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  soir : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 nuit : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Réunion interdisciplinaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Réunion de famille : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Demande de consultation auprès du comité d'éthique : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Demande d'intervention auprès de l'ÉS-SCPD : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [compléter la demande → conseillère clinique]

Initiales	Signature	Date

