

NOM DE LA RPA _____	ALLERGIE CONNUE	RÉANIMATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	NIVEAU DE SOINS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
PROFIL DE L'USAGER _____		DATE _____	DATE _____				
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	DATE	DIAGNOSTICS/ATCD					
Date de l'admission _____							
Provenance _____							
Régime de protection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
<input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Autre _____	Risque de <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Étouffement <input type="checkbox"/> Lésion de pression <input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Dénutrition Autre _____						
Nom du mandataire _____	MÉDICAMENTS						
Téléphone _____	Présentation <input type="checkbox"/> Dispill <input type="checkbox"/> Sachets Nom de la pharmacie _____						
Cellulaire _____	Adresse _____ Courriel _____						
PERSONNE À AVISER EN CAS D'URGENCE	Téléphone _____ Télécopieur _____						
Nom _____	Prise de la médication <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Non autonome Particularités _____						
Lien _____	AUTONOMIE FONCTIONNELLE		PRÉCISIONS/PARTICULARITÉS				
Adresse _____	Alimentation et hydratation	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale					
Téléphone _____		Diète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dysphagie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Cellulaire _____		Texture _____ Consistance _____					
Nom _____	Bouche	Restriction liquidienne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Lien _____		Problèmes digestifs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Adresse _____		Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Téléphone _____		Ajustements adéquats <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Cellulaire _____		Lésions buccales <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom _____	Respiration	Tabagisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Lien _____		Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ litres/min					
Adresse _____	Élimination	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Selles					
Téléphone _____		Types de protection _____					
Cellulaire _____		Gestion des protections <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Non autonome					
PARAMÈTRES	Hygiène et entretien de sa personne	Activités	Autonome	Aide partielle	Aide totale	PRÉCISIONS/PARTICULARITÉS	
Poids _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs Date _____		Bain					
Gain _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs Depuis _____		Lavabo					
Perte _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs Depuis _____		Barbe					
Particularités _____		Cheveux					
_____		Ongles					
_____		Dents/prothèses					
Taille _____ <input type="checkbox"/> mètres <input type="checkbox"/> pieds	Se vêtir	Habillage					
		Dévetir					
		Bas supports					

Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____	RAMQ _____
N° de chambre _____	Médecin traitant _____		

