

NOTES DE L'INFIRMIÈRE

ADMISSION - **TRANSFERT À L'UNITÉ**

Arrivée à l'unité				Description de la personne			
Date (A-M-J)	Heure	Provenance	Âge	Taille (m)	Masse (kg)	Yeux	Cheveux
<input type="checkbox"/> Sur pied <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Accompagné(e) de : _____				Signe distinctif : _____			
Aspects légaux <input type="checkbox"/> Garde en établissement : _____ <input type="checkbox"/> Explication de ses droits à l'information et à communiquer avec ses proches / son avocat. <input type="checkbox"/> Tribunal administratif du Québec : _____ <input type="checkbox"/> Ordonnance de traitement : _____ Autres : _____				Appareils correcteurs <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires* : <input type="checkbox"/> supérieure <input type="checkbox"/> inférieure <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Autres : _____			
				Impacts de l'hosp. à considérer en priorité (enfants, famille, animaux, travail, études, budget...) _____ _____			
Raison de l'hospitalisation et attentes selon l'usager				Motivation face à l'hospitalisation			
_____				<input type="checkbox"/> Accepte <input type="checkbox"/> Refuse <input type="checkbox"/> Se résigne _____			
Examen sommaire de l'état physique							
T (°C)	TA	Pouls	Resp	Douleur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* Région _____ Type et Intensité (0 à 10) : _____			
Fonctions cardio-vasculaires (angine, hypertension...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____				Fonctions musculo-squelettiques (locomotion, mobilité, déplacement.) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			
Fonctions endocriniennes (diabète, problèmes thyroïdiens...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____				Fonctions tégumentaires (lésions, plaies, écoulement, coupures, ...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			
Fonctions respiratoires (dyspnée, asthme, bruits respiratoires...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____				Fonctions gastro-intestinales (constip., diarrhée, appétit, dysphagie...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			
Fonctions rénales (urgence mictionnelle, incontinence...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____				Variation du poids <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : <input type="checkbox"/> perte/ <input type="checkbox"/> gain _____ Diète particulière <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			
Fonctions reproductrices-sexualité (tr. gynécologiques, génitaux.) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____ Moyens de contraception <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____				Fonctions neurologiques & sensorielles (démence, vue, ouïe) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____ Sommeil (qualité, durée..) : _____			
Examen sommaire de l'état mental							
Tenue et hygiène <input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Négligé <input type="checkbox"/> _____				Humeur <input type="checkbox"/> Euthimique <input type="checkbox"/> Ambivalente <input type="checkbox"/> Anxieuse <input type="checkbox"/> Triste, déprimée <input type="checkbox"/> Colérique <input type="checkbox"/> Euphorique <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> _____			
Attitude <input type="checkbox"/> Coopératif <input type="checkbox"/> Arrogant <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Méfiant <input type="checkbox"/> _____				Affect <input type="checkbox"/> Concordant <input type="checkbox"/> Labile <input type="checkbox"/> Émoussé <input type="checkbox"/> Plat <input type="checkbox"/> Inapproprié <input type="checkbox"/> _____			
Activité motrice <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Rigidité <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Ralentissement <input type="checkbox"/> _____				Cours de la pensée <input type="checkbox"/> Cohérent <input type="checkbox"/> Désorganisé _____			
Orientation : Espace Temps Personne NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Idées délirantes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* : _____			
				Hallucinations <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditives <input type="checkbox"/> Visuelles <input type="checkbox"/> _____			

GUIDE D'UTILISATION

Généralités

L'admission et le transfert d'un usager à l'unité de soins représentent une période où l'intensité de différents risques peut varier. Le rôle de l'infirmière à cette étape de l'hospitalisation prend toute son importance en regard de l'accueil de la personne en procédant à une évaluation sommaire de la condition physique et mentale de même que l'évaluation sommaire de différents risques.

Ce guide a été réalisé afin de vous accompagner pour vous approprier l'outil clinique de note systématisée qui facilitera la démarche d'admission et de transfert d'un usager à l'unité de soins en santé mentale.

Dans ce guide, *les écrits en italique* réfèrent à des exemples de questions que vous pourriez poser à l'usager. Il s'agit de propositions et nous vous encourageons à vous approprier l'outil et formuler des questions à adresser à l'usager à votre façon.

Les questions qui ne sont pas écrites en italique dans ce guide constituent des éléments de réflexion pour vous aider à procéder à l'admission/ transfert de la personne.

*Un astérisque présente suite à un élément signifie que, si celui-ci est coché, l'inf. doit spécifier cet élément. Exemples :

Prothèses dentaires* : supérieure inférieure (ici on doit cocher un ou l'autre ou les 2 éléments).

Fonctions cardio-vasculaires (angine, hypertension..) Problème : non oui* : _____
(ici on doit spécifier de quel problème il s'agit ex. : hypotension orthostatique).

Arrivée à l'unité			
Date (A-M-J)	Heure	Provenance	Âge
<input type="checkbox"/> Sur pied <input type="checkbox"/> Autre : _____			
<input type="checkbox"/> Seul(e)			
<input type="checkbox"/> Accompagné(e) de : _____			

Aspects légaux

- Garde en établissement : _____
- Explication de ses droits à l'information et à communiquer avec ses proches / son avocat.
- Tribunal administratif du Québec : _____
- Ordonnance de traitement : _____
- Autres : _____

Vous pouvez compléter cette partie avant d'aller rencontrer l'utilisateur.

Ces renseignements se trouvent dans le dossier médical de l'utilisateur, soit dans la note d'admission du psychiatre ou dans le dossier antérieur concernant les ordonnances de traitement, le tribunal administratif ou autre aspect légal (Ex. : statut de détenu ou prévenu, pas de réanimation cardio-respiratoire... etc.).

Vous devez expliquer à l'utilisateur (ou vous assurer que cela a été fait) quels sont ses droits concernant son statut légal. La garde en établissement implique seulement que l'utilisateur ne peut signer un refus de traitement, ainsi, il peut refuser les médicaments et/ou les soins et examens offerts. L'utilisateur a le droit de communiquer en tout temps avec ses proches et son avocat.

Raison de l'hospitalisation et attentes selon l'utilisateur

Décrire la perception de l'utilisateur concernant son état de santé actuel, lui demander de résumer ce qui l'amène à être hospitalisé et vous pouvez anticiper la prochaine question.

- *Dites-moi brièvement ce qui vous amène à être hospitalisé ici aujourd'hui ?*
- *Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus actuellement ?*
- *Principalement, quelles sont vos attentes ?*
- *Décrivez-moi comment s'est passée votre dernière journée ?*
(Cette question peut être utile face à un usager qui ne peut exprimer les raisons de son hospitalisation).

Motivation face à l'hospitalisation		
<input type="checkbox"/> Accepte	<input type="checkbox"/> Refuse	<input type="checkbox"/> Se résigne

Présentement, l'usager accepte-t-il son hospitalisation ?

Il s'est présenté de lui-même à l'hôpital, collabore à son admission... etc.

Refuse-t-il son hospitalisation actuelle?

Est arrivé par ordre de cour ou amené par les policiers, conteste verbalement sa garde en établissement, ne veut pas rester à l'hôpital... etc.

Se résigne-t-il à son hospitalisation actuelle ?

Il n'oppose aucune résistance à son hospitalisation, sent qu'il n'a pas le choix de rester à l'hôpital... etc.

Attention de ne pas déterminer la motivation sans aller questionner la personne à ce sujet. Il est possible qu'un usager ait nécessité une ordonnance de la cour pour l'amener à l'hôpital contre son gré, mais qu'en est-il au moment où il est admis à l'unité de soins ? Il est possible que la motivation de la personne ait changé entre temps et il est important de l'évaluer au moment de l'admission.

L'état de motivation face à l'hospitalisation pourrait indiquer un risque de fugue. Si un tel risque est soupçonné, s'assurer de bien l'évaluer avant de l'indiquer dans la section « Surveillance * ». Rappelez à l'usager les modalités de départ de l'unité de soins et communiquez ce risque aux membres de l'équipe soignante.

Description de la personne			
Taille (m)	Masse (kg)	Yeux	Cheveux
Signe distinctif : _____			
Appareils correcteurs			
<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Lentilles		
<input type="checkbox"/> Prothèses dentaires* :	<input type="checkbox"/> Supérieure	<input type="checkbox"/> Inférieure	
<input type="checkbox"/> Appareil auditif	<input type="checkbox"/> Autres :	_____	

Inscrire les données et noter les signes distinctifs tels que cicatrice, tatous... etc.

Cette partie vous servira, entre autres, si vous devez contacter les policiers pour décrire l'usager lors de fugue ou d'évasion (dans le cas où l'usager est en garde en établissement).

Notes de l'infirmière : Admission – transfert à l'unité

**Impacts de l'hosp. à considérer en priorité
(enfants, famille, animaux, travail, études, budget...)**

Questionner sur les différents impacts que l'hospitalisation pourrait avoir au niveau de son quotidien et noter les priorités (ex : a un enfant à la garderie, a un chat mais personne pour aller le nourrir...).

- *Avez-vous des enfants ou un proche à la maison qui dépendent de vous et qui sont sans surveillance ?*
- *Avez-vous des animaux à la maison, ont-ils les soins nécessaires, y a-t-il quelqu'un pour en prendre soin ?*
- *Avez-vous avisé votre employeur de votre absence ?*
- *Est-ce que votre absence pour maladie aura un impact majeur sur votre budget ?*
- *Avez-vous un formulaire à faire compléter par le médecin ?*

Examen sommaire de l'état physique				
T (°c)	TA	Pouls	Resp.	Douleur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* Région _____ Type et Intensité (0 à 10) : _____
Fonctions cardio-vasculaires (angine, hypertension...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			Fonctions musculo-squelettiques (locomotion, mobilité, déplacement.) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____	
Fonctions endocriniennes (diabète, problèmes thyroïdiens...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			Fonctions tégumentaires (lésions, plaies, écoulement, coupures, ...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____	
Fonctions respiratoires (dyspnée, asthme, bruits respiratoires...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			Fonctions gastro-intestinales (constip., diarrhée, appétit, dysphagie...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____	
Fonctions rénales (urgence mictionnelle, incontinence...) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			Variation du poids <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : <input type="checkbox"/> perte/ <input type="checkbox"/> gain _____ Diète particulière <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____	
Fonctions reproductrices sexualité (tr. gynécologiques, génitales.) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____ Moyens de contraception <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____			Fonctions neurologiques & sensorielles (démence, vue, ouïe) Problème : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* : _____ Sommeil (qualité, durée..) : _____	

Questionner brièvement sur l'état de santé physique de la personne et noter les problèmes que la personne vous mentionne.

- *Avez-vous un problème au niveau de... ?*
- *Avez-vous des difficultés au niveau de... ?*
- *Avez-vous des restrictions alimentaires ?* Au niveau du système gastro-intestinal.
- *Avez-vous des difficultés à avaler ?* Évaluer le risque d'étouffement : dysphagie.

Brunner et Suddarth (2006). Soins infirmiers, Médecine et Chirurgie. Adaptation française Cloutier L. & Longpré, S. Editions du renouveau pédagogique Inc.(ERPI) 4 e édition, Smelzer, G.S. & Bare, G.B. vol 1-6.

Examen sommaire de l'état mental			
Tenue et hygiène <input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Négligé <input type="checkbox"/> _____		Humeur <input type="checkbox"/> Euthimique <input type="checkbox"/> Ambivalente <input type="checkbox"/> Anxieuse <input type="checkbox"/> Triste, déprimée <input type="checkbox"/> Colérique <input type="checkbox"/> Euphorique <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> _____	
Attitude <input type="checkbox"/> Coopératif <input type="checkbox"/> Arrogant <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Méfiant <input type="checkbox"/> _____		Affect <input type="checkbox"/> Concordant <input type="checkbox"/> Labile <input type="checkbox"/> Émoussé <input type="checkbox"/> Plat <input type="checkbox"/> Inapproprié <input type="checkbox"/> _____	
Activité motrice <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Rigidité <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Ralentissement <input type="checkbox"/> _____		Cours de la pensée <input type="checkbox"/> Cohérent <input type="checkbox"/> Désorganisé _____	
Orientation : Espace Temps Personne NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Idées délirantes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* : _____	
		Hallucinations <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditives <input type="checkbox"/> Visuelles <input type="checkbox"/> _____	

Questionner sur chaque aspect de l'état mental et noter les particularités. Tout comme pour « l'examen sommaire de l'état physique », cette section demeure succincte et, au besoin, le détail est inscrit dans la section « Notes complémentaires » à la fin du formulaire.

Fortinash, K et Holoday-Worrett (2003) définissent ainsi l'**humeur** : « état émotionnel subjectif qui peut varier selon des influences externes et internes » (p. 199).

Ces mêmes auteurs définissent ainsi l'**affect** (perturbations de l'affect) : expression physique apparente des émotions, allant de la joie au chagrin.

- **Affect émoussé** : expression réduite des émotions.
- **Affect plat** : manque total d'expression apparente des émotions.
- **Affect inadéquat (ou inapproprié)** : affect qui ne correspond pas à l'émotion ressentie (rire alors qu'on se sent triste).
- **Affect labile** : changement rapide dans l'expression des émotions.

Définitions tirées de Fortinash, K et Holoday-Worrett, p. 235.

À l'aspect « Idées délirantes », spécifier si la personne a des idées paranoïdes ou autres types de délires. Les délires peuvent être un indice d'un autre facteur de risque comme la dangerosité, le suicide et/ou le risque de fugue par exemple.

À l'aspect « Hallucinations », spécifier si la personne a des hallucinations mandatoires et détailler si possible pour planifier une bonne gestion des risques. Les perturbations sensorielles peuvent être un indice d'un autre facteur de risque comme la dangerosité, le suicide et/ou le risque de fugue par exemple.

Fortinash, K., Holoday-Worrett, P.(2003). *Santé mentale et psychiatrie : Soins infirmiers*, Laval, Groupe Beauchemin Éditeur, 667 p.

Gestion des risques

Les éléments suivants portent sur les différents risques essentiels à évaluer au moment d'une admission ou d'un transfert d'un usager à l'unité d'hospitalisation en santé mentale.

Bracelet en place	
<input type="checkbox"/> Identification	<input type="checkbox"/> Allergie* : _____

Vous assurer qu'un bracelet d'identité soit installé à la personne.

Questionner la personne sur ses allergies et les spécifier ; les inscrire aux endroits prévus à cet effet et vous assurer qu'un bracelet d'allergies soit installé à la personne si requis.

Médicaments		
<input type="checkbox"/> Aucun en sa possession à son arrivée		
<input type="checkbox"/> Remis au personnel	<input type="checkbox"/> À son domicile	
<input type="checkbox"/> Médication injectable* : _____		
Date de la dernière injection reçue : _____		
<input type="checkbox"/> Suivi médicamenteux		
<input type="checkbox"/> Lithium	<input type="checkbox"/> Acide valproïque	<input type="checkbox"/> Carbamazépine
<input type="checkbox"/> Zyprexa	<input type="checkbox"/> Seroquel	<input type="checkbox"/> Risperdal
<input type="checkbox"/> Clozapine	<input type="checkbox"/> autre : _____	
<input type="checkbox"/> Adhésion		
<input type="checkbox"/> Non-Adhésion selon usager* : _____		

La personne a-t-elle des médicaments en sa possession lors de son admission et les avez-vous placés en sécurité ?

- Reçoit-elle des médicaments injectables régulièrement ?
Si oui, quelle est la substance (ex : anovulants, antipsychotiques, fer...etc.) et date de sa dernière injection ?
- Reçoit-elle des médicaments qui nécessitent un suivi particulier ? Cocher lesquels.
Pour l'adhésion : vérifier si la personne prend sa médication telle que prescrite?
- *Avez-vous de la difficulté à prendre régulièrement votre médication ?*
- *Vous arrive-t-il d'oublier de prendre des médicaments ?*

Si la personne ne prend pas sa médication telle que prescrite : explorer d'une façon non menaçante ni jugeante les motifs pour lesquels elle ne prend pas sa médication. Par exemple, les effets secondaires, difficulté d'assiduité, comme elle allait bien, la personne pensait qu'elle n'en avait plus besoin, médication trop forte, ...etc.

Inscrire les raisons selon les dires de la personne.

Dépistage/évaluation du risque suicidaire	
Dépistage fait :	<input type="checkbox"/> Oui* : Si présence d'idées suicidaires : niveau actuel de l'urgence suicidaire _____ <input type="checkbox"/> Non* procéder au dépistage ci-bas
Découragé au point de souhaiter mourir	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Tentatives suicidaires antérieures	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*
▪ Nombre :	_____
▪ Plan COQ (Comment, Où, Quand) :	_____ _____
Idées suicidaires actuellement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*
▪ Fréquence :	_____
▪ Plan COQ (Comment, Où, Quand) :	_____ _____

Procéder au dépistage du risque suicidaire de la personne lors d'une admission ou d'un transfert compte tenu du risque associé à ces moments.

Questionnez si la personne a un plan précis pour mettre fin à ses jours, comment va-t-elle s'y prendre et où prévoit-elle le faire ?

Interrogez sur les gestes suicidaires antérieurs et si la personne a des conséquences physiques ou psychologiques de ces gestes.

Exemples de questions utiles: (tirés du cartable Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique.p.26 (2006)

- *Vous êtes-vous déjà senti découragé au point de souhaiter mourir?*
- *Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie?*
 - *Si oui, combien de fois?*
 - *Pouvez-vous préciser comment, où et quand (COQ)?*
- *Avez-vous des idées suicidaires actuellement?*
 - *Si oui, à quelle fréquence reviennent-elles?*
 - *Avez-vous pensé à un plan (COQ: comment, où, quand)?*

Dans le cas où le dépistage est positif, vous référer au cartable *Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique* (2006) pour la grille de l'évaluation continue de l'urgence suicidaire ou au *Guide de pratique clinique Prévenir de suicide pour préserver la vie* de l'OIIQ (2007) disponible au www.oiiq.org.

Exemples de questions pour évaluer tous les aspects de la problématique du suicide (tirées du cartable 2006 : p.32)

Idées suicidaires

- *Ces idées vous reviennent-elles souvent?*
- *Vous sentez vous envahi par ces idées?*
- *Vous sentez vous en contrôle?*
- En présence d'éléments psychotiques :
 - *vous arrive-il d'entendre des voix?*
 - *Vous donnent-elles des ordres?*

Accessibilité aux moyens

- *Avez-vous actuellement accès au moyen envisagé?*
- *Avez-vous pris des informations sur certaines méthodes?*

Intention/létalité : réfère au désir réel de mourir et à la dangerosité du scénario

- *Avez-vous fait des préparatifs spéciaux en vue de votre suicide?*
(Ex: rédaction d'une lettre, mise en ordre des affaires...)
- *Avez-vous pris des mesures pour ne pas être découvert?*
- *Croyez-vous que le moyen que vous envisagez sera efficace?*

Tentatives antérieures

- *Avez vous déjà posé un geste dangereux pour votre vie?*
- *Comment cela s'est-il passé? Circonstances, moyen utilisé, pensées, conséquences...*

Sécurité des autres

- *Y a-t-il des personnes que vous souhaiteriez amener avec vous?*

Protection contre le passage à l'acte

- *Qu'est ce qui vous a empêché de passer à l'action jusqu'à maintenant?*

Notes de l'infirmière : Admission – transfert à l'unité

Potentiel de dangerosité	
OMÉGA	8 Menace exceptionnelle
Degré actuel : _____	7 Assaut grave
Degré le plus élevé atteint antérieurement : _____	6 Agression physique
Date : _____	5 Résistance active
	4 Intimidation
	D Destructeur
	3 Réfractaire
	2 Collaboration conditionnelle
	1 Tension émotionnelle
Y a-t-il présence d'un sentiment de menace exprimée ?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui * _____	

Évaluer le risque ou potentiel de dangerosité de la personne admise à votre unité. En se basant sur la grille d'Oméga, à quel niveau se situe la personne actuellement et quel est le niveau le plus élevé atteint antérieurement (cette information se retrouve au dossier actuel ou antérieur).

La personne exprime-t-elle un ou des sentiments de menace qui peuvent être de la part d'une tierce personne ou d'une situation quelconque ?

Risque de chutes
<input type="checkbox"/> Chute antérieure* : _____
<input type="checkbox"/> Cote à la grille* : _____
<input type="checkbox"/> Mesures préventives : _____

Les principaux facteurs de risques de chutes et de traumatismes liés aux chutes doivent être pris en compte lors de l'arrivée afin de prévenir les chutes et leurs conséquences. Considérer qu'une personne âgée présente un risque de traumatisme plus grave si elle chute (fracture de la hanche...).

Existe-t-il un risque de chute chez la personne ?

En fonction des facteurs de risques suivants, entre autres :

- Histoire de chute antérieure
- Admission ou transfert récent
- Déficits perceptuels et cognitifs
- Témérité
- Agitation
- Médicaments
- Hypotension orthostatique
- Problème de mobilité
- Troubles d'élimination
- Troubles auditifs et visuels

Tiré de *l'Aide-mémoire : Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement* (2008) disponible au www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Quelles mesures allez-vous mettre en place pour diminuer/prévenir ce risque ?

Communiquer avec le préposé aux bénéficiaires les éléments de risques, de surveillance et les mesures préventives relativement aux risques de chutes (consulter l'aide-mémoire au besoin).

Pour les personnes présentant des facteurs de risques de chute, utiliser la grille d'évaluation du risque de chute en vigueur dans votre centre (évaluation à la marche, lors des transferts,

Notes de l'infirmière : Admission – transfert à l'unité

autour du lit...). Ces grilles sont connues de plusieurs établissements qui se réfèrent au programme des chutes de l'institut universitaire de gériatrie de MTL, dont HLHL

Infections		
Dépistage :	<input type="checkbox"/> C. difficile	<input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> ERV
<input type="checkbox"/> Autres :	_____	
<input type="checkbox"/> Précautions particulières de contact :	_____	

Compléter le dépistage et communiquer les informations pertinentes et précautions requises aux membres de l'équipe soignante.

Aviser l'infirmière à la prévention des infections si requis.

Conduites addictives (type, fréquence, quantité, dernière consommation, substitution)	
<input type="checkbox"/> Tabac * :	_____
<input type="checkbox"/> Alcool * :	_____
<input type="checkbox"/> Drogues * :	_____

Questionner la personne sur les consommations de tabac, alcool et drogues ou encore utilisation de médication non prescrite.

Quels types de substances la personne consomme-t-elle ?

Questionnez l'utilisateur sur les quantités, fréquences, depuis combien de temps consomme-t-il, suit-il des traitements de substitution (médication, méthadone, thérapies...) et à quand remonte la dernière consommation.

Cela permettra de dépister les personnes à risque de sevrage et délirium et de leur offrir les soins et services appropriés à cet effet.

Adopter une attitude d'ouverture et de non jugement lors de ces questions pour favoriser la communication à ce sujet. Au besoin, mentionner à la personne l'importance de nous donner les informations justes afin de pouvoir mettre en place les soins et services sécuritaires et de qualité.

Ne pas oublier les autres conduites addictives telles que jeu pathologique, cyberdépendance, boissons énergisantes... etc.

Effets personnels	
<input type="checkbox"/> Inventaire des effets personnels complété	<input type="checkbox"/> Objets à risque (lames, ciseaux, etc.)*
<input type="checkbox"/> Objets de valeur* :	<input type="checkbox"/> Remis au personnel <input type="checkbox"/> Retournés à la maison
<input type="checkbox"/> Remis au personnel <input type="checkbox"/> Retournés à la maison	<input type="checkbox"/> Cigarettes :
<input type="checkbox"/> Argent déposé à la caisse : _____	<input type="checkbox"/> Gardées <input type="checkbox"/> Remises : _____

Compléter les différents items énumérés.

Notes de l'infirmière : Admission – transfert à l'unité

Si présence de dangerosité et/ou de risque suicidaire modéré ou élevé, retirer les objets potentiellement dangereux (ex : ceintures, lacets...etc).

Surveillance *	
Fréquence : _____	Motifs de surveillance : _____
<input type="checkbox"/> Communication d'informations pertinentes à ce sujet avec PAB	

À la lumière de votre évaluation sommaire d'admission, déterminer le niveau de surveillance requis à ce moment.

Si ce niveau de surveillance est différent de celui qui est présentement en cours, assurez-vous d'effectuer les démarches nécessaires à cette fin (aviser supérieur immédiat, psychiatre...).

Indiquer la fréquence et les éléments à surveiller ou le risque s'il s'agit d'une surveillance particulière. C'est ici que l'on inscrira s'il y a présence d'un risque de fugue.

Avez-vous communiqué les informations pertinentes à cet effet au PAB et inscrit les particularités sur la feuille de surveillance du PAB ?

Hres	PTI N°	Notes complémentaires

Noter dans cette section les particularités que vous avez observé ou que l'utilisateur vous a confié lors de votre évaluation sommaire de la personne admise ou transférée.

Noter les liens avec les nos. de PTI au besoin seulement.

Signature de l'infirmière : _____

Vous assurer que votre signature soit lisible, que l'on puisse lire vos nom et prénom ainsi que votre titre professionnel.

Outil clinique et guide d'utilisation « Notes de l'infirmière admission – transfert » réalisé par :

Louise Beauvais, conseillère clinicienne en soins infirmiers à l'hôpital Louis-H. Lafontaine
Mélanie Bourgoïn, conseillère clinicienne en soins infirmiers – santé mentale à l'Hôpital
Maisonnette-Rosemont.

Chantale Brochu, conseillère clinicienne en soins infirmiers au CSSS de St-Jérôme.

Novembre 2008

Notes de l'infirmière : Admission – transfert à l'unité

Inspiré de : « Notes de l'infirmière admission » (2006-02) Centre hospitalier Robert-Giffard, institut universitaire en santé mentale.