

3. LANGUE USUELLE

1 Français 2 A besoin d'une personne parlant sa langue maternelle pour communiquer.....

4. HISTOIRE RESIDENTIELLE DANS LES 5 ANNEES PRECEDENTES

Coder pour tout établissement où a vécu la personne durant les 5 années précédant la date où le service commence [Item B1] 0 Non 1 Oui

- a. Etablissement de soins de longue durée par ex. EHPAD, USLD
- b. Etablissement médico-social d'hébergement ou foyer logement
- c. Etablissement de santé mentale – par ex. foyer pour malades mentaux
- d. Hôpital/ ou unité psychiatrique
- e. Etablissement pour handicapés mentaux

SECTION C. Cognition

1. FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES

Décisions concernant les tâches de la vie quotidienne - par ex. quand se lever ou prendre les repas, quels vêtements portés ou quelles activités à faire

0 Indépendant - Décisions logiques et raisonnables

1 Indépendance relative - Quelques difficultés seulement dans les situations nouvelles

2 Déficience minimale – Dans des situations particulières, décisions de faible qualité ou dangereuses, a besoin d'indications et de supervision

3 Déficience modérée - Décisions presque toujours pauvres ou risquées, ayant nécessité indications/ surveillance en permanence

4 Déficience sévère - Ne prend pratiquement jamais de décisions

5 Pas de conscience décelable (PASSEZ A LA SECTION G)

2. MEMOIRE CAPACITE DE SE SOUVENIR

Coder le rappel de ce qui a été appris ou su

0 Mémoire OK 1 Problème de mémoire

- a. Mémoire à court terme OK - semble se rappeler après 5 minutes
- b. Mémoire procédurale OK - peut accomplir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches complexes sans stimulation.
- c. Capacité de se souvenir (Mémoire de situation, France) OK – Reconnaît les visages/noms des Personnes fréquemment rencontrées ET Connaît la situation des lieux régulièrement visités (chambre, salle à manger, lieux extérieurs fréquemment visités)

3. FLUCTUATIONS DE LA PENSEE OU DE L'ETAT DE CONSCIENCE

[Note: une évaluation précise demande un entretien avec le personnel et la famille qui ont une connaissance directe du comportement de la personne pendant cette période.]

0 Comportement pas observé

1 Comportement observé, mais compatible avec le fonctionnement habituel

2 Comportement observé durant les 3 derniers jours ET qui diffère de l'habituel (p. ex. comportement Nouveau ou détérioration par rapport il y a quelques semaines)

a. Facilement distrait - ex. difficulté de concentration, dévie de son sujet

b. Episodes de discours incohérent - ex. discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique

c. Fonction mentale variant en cours de journée - ex. tantôt mieux, tantôt pire

4. BRUSQUE CHANGEMENT DANS L'ETAT MENTAL DE LA PERSONNE PAR RAPPORT A L'ETAT HABITUEL –

Ex. agitation motrice, léthargie, difficulté à rester éveillé perception altérée de l'environnement,

0 Non 1 Oui

5. CHANGEMENT DES FACULTES POUR PRENDRE LES DECISIONS PAR RAPPORT A 90 JOURS AUPARAVANT (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION)

0 Améliorée

1 Pas de changement

2 Plus déficient 8 Incertain

SECTION D. Communication et vision

1. SE FAIRE COMPRENDRE (Expression)

Expression du contenu de l'information – à la fois verbale et non verbale

0 Est compris – Exprime ses idées sans difficultés

1 Est généralement compris - Difficultés pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée MAIS si on laisse du temps peu ou pas d'aide requise

2 Est souvent compris – Difficultés à trouver ses mots, à aller au bout de sa pensée ET aide habituellement requise

3 Est parfois compris - Capacité limitée à l'expression de demandes concrètes

4 Rarement ou jamais compris.

2. CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES (Compréhension)

Compréhension du contenu d'informations verbales avec prothèse auditive si utilisée

0 Comprend – Bonne compréhension

1 Comprend généralement - Manque quelques parties/buts du message MAIS comprend l'essentiel de la conversation sans ou avec peu d'aide

2 Comprend souvent – Manque quelques parties/buts du message MAIS avec de l'aide peut souvent comprendre la conversation

3 Comprend parfois - Répond adéquatement seulement à un message simple et direct

4 Comprend rarement ou jamais.

3. AUDITION Capacité à entendre (avec appareil auditif, s'il est habituellement utilisé)

0 Adéquate - Pas de difficulté dans conversation courante, échange social, écoute de la T.V.)

1 Difficulté minimale – Difficulté dans certains Environnement (ex. quand une personne parle doucement ou est à plus de 2 mètres)

2 Difficulté moyenne - Problème pour entendre Une conversation normale, requiert un Environnement calme pour bien entendre

3 Difficulté sévère – Difficulté dans toutes les situations (ex. l'interlocuteur doit élever le ton ou parler très lentement ou la personne rapporte que toutes les paroles sont marmonnées)

4 Pas d'audition.

4. VISION Capacité de voir, dans une lumière adéquate et avec lunettes ou d'autres moyens auxiliaires, si utilisés

0 Adéquate - Distingue les détails, y compris les Caractères ordinaires des journaux/livres

1 Difficulté minime - Lit les gros caractères mais non les caractères ordinaires des journaux/livres

2 Difficulté moyenne - Vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets

3 Difficulté sévère – Identification des objets en question mais semble suivre les objets des yeux, ne voit que les lumières, les couleurs, les formes

4 Pas de vision.

SECTION E. Humeur et comportement

1. MANIFESTATIONS POSSIBLES D'HUMEUR DEPRESSIVE, ANXIEUSE OU TRISTE

Coder les indicateurs observés durant les 3 derniers jours quelle qu'en soit la cause [Note : demandez à la personne chaque fois que possible]

0 Non présents

1 Présents mais non observés durant les 3 derniers jours

2 Manifestés 1-2 jours des 3 jours

3 Manifestés chacun des 3 jours.

a. **Emet des expressions négatives**, - Par ex., "rien ne compte", "il vaudrait mieux être mort", "à quoi ça sert", "regrette d'avoir vécu si longtemps", "laissez-moi mourir"

b. **Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres** – Par ex. facilement dérangé, colère envers les soins reçus

c. **Expression (incluant des non-verbales) de craintes paraissant non fondées** – Par ex. peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec les autres ou crainte intense d'objets ou de situations particuliers.

d. **Plaintes somatiques répétées** – Par ex. : recherche de façon persistante un avis médical, concerné de façon obsessionnelle par les fonctions corporelles

e. **Plaintes anxieuses/inquiétudes** (ne concernant pas la santé) – Par ex. demande constamment de l'attention/ réassurance concernant les horaires, repas lavage du linge, vêtements, relations avec autrui

f. **Visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude** -Par ex. front soucieux, constamment sombre

g. **Larmes et pleurs fréquents**

h. **Expressions récurrentes que quelque chose de terrible va arriver** – Par ex. croit qu'il va mourir, avoir une crise cardiaque

i. **Retrait des activités intéressantes** – Par ex. activités jusqu'ici appréciées ou à être avec sa famille/ses amis

j. **Rapports sociaux réduits**

k. **Expressions (y compris on verbales) de manque de plaisir dans la vie** – Par ex. "Je ne prends plus plaisir à rien", anhédonie

2. ITEMS D'HUMEUR AUTO-DECLARES

0 Pas dans les 3 derniers jours

1 Pas durant les 3 derniers jours mais se sent souvent ainsi

2 1-2 jours des 3 derniers jours

3 se sent ainsi chacun des 3 derniers jours

8 La personne ne peut (ou ne veut) répondre

Demandez : "avec quelle fréquence vous êtes-vous senti

durant les 3 derniers jours"

a. **Avoir peu d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui normalement sont agréables ?**

b. **Anxieux, agité ou mal à l'aise ?**

c. **Triste, déprimé ou sans espoir ?**

3. COMPORTEMENT PROBLEMATIQUE *Coder les indicateurs observés durant les 3 derniers jours quelle qu'en soit la cause*

0 Non présents

1 Présents mais non manifestés durant les 3 derniers jours

2 Manifestés 1-2 jours des 3 jours

3 Manifestés chacun des 3 jours

a. **Déambulation** - Se déplace sans buts ni besoins apparents, au mépris de sa sécurité

b. **Agressivité verbale** – Par ex. menace, injurie, maudit autrui

c. **Agressivité physique** - Par ex. frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui

d. **Comportement socialement inadapté/perturbateur**
Par ex. émet des sons, des cris, des bruits perturbateurs, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires des autres

e. **Comportement sexuel en public inapproprié ou se déshabille en public**

f. **S'oppose aux soins de manière agressive** – par ex. refuse de prendre ses médicaments, recevoir ses injections, l'aide aux AVQ ou de manger

SECTION F. Bien être psycho-social

1 RELATIONS SOCIALES

[Note demandez chaque fois que possible à la personne]

0 Jamais

1 Il y a plus de 30 jours

2 Il y a 8 à 30 jours

3 Il y a 4 à 7 jours

4 Durant les 3 derniers jours

8 Incapable de déterminer

a. **Participation à des activités intéressantes de longue date**

b. **Visite d'une relation sociale de longue date ou d'un membre de la famille**

c. **Autre contact avec une relation sociale de longue date/ un membre de la famille** : ex. contact téléphonique ou par courrier électronique

d. **Conflit ou colère vis-à-vis de la famille ou des amis**

e. **A eut peur d'un membre de la famille ou de l'entourage**

f. **Négligé, abusé ou maltraité**

2. SOLITUDE

Dit ou indique qu'il se sent seul

0 Non 1 Oui

3 CHANGEMENT DANS LES ACTIVITES DURANT LES 90 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 JOURS), Diminution de la participation dans des activités habituelles sociales, religieuses, de loisir ou autres. S'IL Y A UNE DIMINUTION, souffre t'il de cette situation ?

0 Pas de diminution
 1 Diminution, n'en souffre pas
 2 Diminution, en souffre

4 LAPS DE TEMPS PENDANT LA JOURNEE (MATIN ET APRES-MIDI) OU EST SEUL

0 Moins de 1 heure
 1 1-2 heures
 2 3-8 heures
 3 Plus 8heures

5. EVENEMENT STRESSANT DURANT LES 90 DERNIERS JOURS - Par ex. épisode de maladie sévère pour la personne, décès ou maladie sévère d'un proche membre de la famille/ami) ; perte du logement ; perte majeure de revenus/capitaux ; victime de vol/agression ; perte du permis de conduire/de la voiture

0 Non 1 Oui

SECTION G. Etat fonctionnel

1. PERFORMANCE ET CAPACITE POUR LES AVQ

- 0 **Indépendant** - Sans préparation, supervision ou aide.
- 1 **Aide à la préparation seulement**
- 2 **Supervision** - Surveillance ou indications
- 3 **Assistance limitée** - Aide lors de certaines occasions.
- 4 **Assistance importante** - Aide pour l'ensemble de l'activité mais accomplit seul 50 % des tâches ou plus
- 5 **Assistance maximale** - Aide pour l'ensemble de l'activité mais accomplit seul moins de 50 % des taches élémentaires
- 6 **Dépendance totale** - D'autres exécutent en permanence l'activité durant l'ensemble de la période.
- 8 **L'activité n'a pas été accomplie** durant l'ensemble de la période. (NE PAS UTILISER CE CODE LORS DE L'EVALUATION DU SCORE DE LA CAPACITE

- Codez la performance dans les activités habituelles du ménage durant les 3 derniers jours.
 - Codez l'aptitude reposant sur la capacité présumée à assurer l'activité de façon aussi indépendante que possible. Cela requiert une certaine « spéculation » de la part de l'évaluateur

1 - performance	2 - Capacité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. Préparation des repas – Comment sont préparés les repas (par ex. planifier les menus, cuire, rassembler les ingrédients, faire la cuisine, préparer les plats et les couverts)

b. Ménage courant - Comment est fait le ménage courant (par ex. épousseter, ranger, faire la vaisselle, les lits, la lessive)

c. Gestion des finances – Comment sont payées les factures, sont équilibrées les comptes et les dépenses de la maison, est suivi le compte de la carte de crédit

d. Gestion des médicaments - Comment sont gérés les médicaments (par ex. se souvenir de les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct, se faire les injections, appliquer des pommades)

e. Usage du téléphone – Comment sont effectués ou reçus les appels téléphoniques (avec, si nécessaire, des aides techniques telles que des chiffres agrandis sur le téléphone ou un amplificateur)

f. Escaliers - Comment est montée ou descendue une pleine volée de marches (ex 12-14 marches)

g. Faire les courses - Comment se font les achats des aliments ou des articles ménagers par exemple : choisir les produits, payer EXCLUT LES TRANSPORTS

h. Transports - Comment s'effectuent les voyages par les transports publics (système de navigation, paiement du prix) ou par la conduite personnelle d'un véhicule (comprend sortir de la maison, entrer et sortir du véhicule)

2. PERFORMANCE POUR LES AVQ

Prenez en compte tous les épisodes où **chaque** activité est accomplie durant les 3 DERNIERS JOURS
 Si **tous** les épisodes sont accomplis au même niveau d'aide, codez les AVQ à ce niveau

S'il y a **au moins** un épisode de dépendance totale (6) et si les autres épisodes sont à un niveau inférieur **codez 5**.
 Autrement, centrez-vous sur les 3 épisodes de dépendance la plus élevée [ou sur tous les épisodes si l'activité est accomplie moins de 3 fois]. Si l'épisode de dépendance la plus élevée est 1, codez les AVQ 1. Sinon codez l'épisode de moindre dépendance dans l'intervalle 2 à 5.

- 0 **Indépendant** - Sans préparation, supervision ou assistance physique lors de tout épisode.
- 1 **Indépendant, aide à la préparation seulement** – Article procuré ou placé à proximité sans supervision ou assistance physique, lors de tout épisode.
- 2 **Supervision** - Surveillance/indication
- 3 **Assistance limitée** - Aide pour la mobilisation des membres, aide pour manœuvrer sans force physique
- 4 **Assistance importante** - Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par un seul aidant alors que la personne accomplit 50 % ou + des tâches
- 5 **Assistance maximale** - Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par deux personnes ou + OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50 % des tâches
- 6 **Dépendance totale** - Activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période
- 8 **L'activité n'a pas été accomplie** durant l'ensemble de la période

a. Se laver le tronc et les membres (bain, douche, lavabo)
 Comment la personne se lave entièrement dans un bain ou u douche. Cela inclut comment la personne entre ou sort de la baignoire ou de la douche et inclut comment chaque partie di corp est lavée, les bras, le haut et le bas des jambes, poitrine abdomen, le périné

Sont exclus le lavage des cheveux et du dos

b. Hygiène personnelle – Comment la personne fait pour se laver les dents, se coiffer, se raser, se maquiller, se laver et s'essuyer le visage, les mains

- EXCLUT BAIN ET DOUCHE
- c. **S'habiller la partie supérieure du corps** – Comment la personne s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement), au-dessus de la ceinture, y compris les prothèses, les attaches, les pull-overs, les appareillages orthopédiques, etc.
- d. **S'habiller la partie inférieure du corps** - Comment la personne s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement), au-dessous de la ceinture, y compris les prothèses, les ceintures, culottes, jupes, chaussures et attaches
- e. **Marcher** – comment la personne marche entre deux points du même étage à l'intérieur
- f. **Locomotion** – Comment la personne se déplace (en marchant ou en fauteuil roulant) entre deux points du même étage. Si en fauteuil roulant, indépendance une fois dans le fauteuil
- g. **Transfert (s'asseoir, se lever) des toilettes**
Comment la personne s'assied sur ou se lève du siège des toilettes ou de la chaise percée
- h. **Utilisation des toilettes** - Comment la personne utilise les toilettes, (ou la chaise percée, le pistolet, le bassin), s'essuie après leur utilisation ou un épisode d'incontinence, change ses protections, s'occupe d'une sonde urinaire ou d'une poche de colostomie, **ajuste ses vêtements - EXCLU TRANSFERT (S'ASSEOIR, SE LEVER) DES TOILETTES**
- i. **Mobilité dans le lit** - Comment la personne se redresse, s'étend, se tourne et s'installe en bonne position lorsqu'elle est au lit.
- j. **S'alimenter** – Comment la personne mange et boit (indépendamment de son habilité) comprend se nourrir par n'importe quel moyen (par ex nourriture par sonde, par voie parentérale en totalité)
- 3. DEPLACEMENT/MARCHE**
- a. **Principal mode de déplacement**
- 0 Marche, pas de moyen auxiliaire
- 1 Marche, moyen auxiliaire – par ex. canne, déambulateur, cadre de marche, poussée du fauteuil roulant
- 2 Fauteuil roulant, fauteuil motorisé (scooter)
- 3 Confiné au lit
- b. **Temps pour parcourir 4 mètres de marche**
[Préparez un parcours droit, sans obstacle. La personne doit se tenir debout immobile touchant la ligne de départ]
Puis dites « quand je vous le dirai, commencez à marcher à une allure normale (avec canne/déambulateur si utilisé). Ceci n'est pas un test pour mesurer la vitesse à laquelle vous pouvez marcher. Arrêtez-vous quand je vous le dirai. Est ce que c'est clair ? L'évaluateur peut montrer le test
Puis dites « Commencez à marcher maintenant ». Déclenchez le chronomètre (ou commencez à compter les secondes) lorsque le premier pas se pose. Terminez de compter quand le pied se pose au-delà de la marque des 4 mètres
Puis dites « vous pouvez vous arrêter maintenant »
Notez le temps en secondes jusqu'à 30 secondes
- 30 30 secondes ou plus pour parcourir 4 mètres
- 77 S'est arrêté avant la fin du test

- 88 A refusé de faire le test
- 99 Non testé – par ex. ne marche pas seul
- c. **Distance de marche** – Distance la plus longue parcourue sans s'asseoir durant les 3 DERNIERS JOURS (avec aide si nécessaire)
- 0 N'a pas marché
- 1 Moins de 5 mètres
- 2 De 5 à 49 mètres
- 3 De 50 à 99 mètres
- 4 100 mètres et plus
- 5 1 kilomètre ou plus
- d. **Distance en fauteuil roulant de manière indépendante** – Distance la plus longue parcourue de manière indépendante en fauteuil roulant durant les 3 DERNIERS JOURS (inclut l'usage indépendant d'un fauteuil roulant motorisé)
- 0 Poussé(e) par d'autres
- 1 Utilise un fauteuil/scooter électrique
- 2 Se déplace seul de moins de 5 mètres
- 3 Se déplace seul de 5 à 49 mètres)
- 4 Se déplace seul de 50 à 99 mètres
- 5 Se déplace seul de 100 mètres et plus
- 8 N'utilise pas de fauteuil roulant
- 4. NIVEAU D'ACTIVITE**
- a. **Total d'heures d'activité physique/exercice dans les 3 derniers jours** - par ex. marche
- 0 Aucune
- 1 Moins d'1 heure
- 2 1-2 heures
- 3 Plus de 2 heures à 4 heures
- 4 Plus de 4 heures
- b. **Nombre de jours, durant les 3 derniers jours où la personne sort du logement ou de l'immeuble, (même pour un court moment)**
- 0 Aucun jour
- 1 Aucun jour mais le fait habituellement sur une période de 3 jours
- 2 1-2 jours des 3 jours
- 3 3 jours
- 5. POTENTIEL D'AMELIORATION DES PERFORMANCES PHYSIQUES**
- 0 Non 1 Oui
- a. **La personne estime qu'elle est capable d'augmenter ses performances fonctionnelles physiques**
- b. **Les professionnels estiment que la personne est capable d'augmenter ses performances fonctionnelles physiques**
- 6. CHANGEMENT DES PERFORMANCES DANS LES AVQ PAR RAPPORT A IL Y A 3 MOIS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS).**
- 0 Améliorées
- 1 Pas de changement
- 2 Plus déficientes
- 8 Incertain
- 7. CONDUITE**
- a. **D'un véhicule (auto, moto) durant les 90 derniers jours** 0 Non 1 Oui
- b. **Si la personne conduit, l'évaluateur est au courant que professionnel lui a suggérée de limiter ou d'arrêter la conduite** 0 Non 1 Oui

SECTION H. Continence

1. CONTINENCE D'URINES

- 0 Continent** - Contrôle complet. N'UTILISE AUCUN type de sonde ou de moyen pour collecter les urines.
- 1 Contrôle avec sonde ou stomie** durant les 3 derniers jours
- 2 Rarement incontinent** – Pas incontinent durant les 3 jours mais a des épisodes d'incontinence
- 3 Occasionnellement incontinent** – Moins que quotidiennement au cours des 3 derniers jours
- 4 Fréquemment incontinent** – Quotidiennement incontinent avec cependant persistance d'un contrôle
- 5 Incontinent** – Pas de contrôle
- 8 Aucune émission** d'urines provenant de la vessie durant les 3 derniers jours

2. MOYENS AUXILIAIRES POUR RECUEILLIR LES URINES (PROTECTION EXCLUE)

- 0** Non
- 1** Dispositif externe de recueil
- 2** Sonde urinaire à demeure
- 3** Cystostomie, urétérostomie, nephrostomie

3. CONTINENCE FECALE

- 0 Continent** - Contrôle complet
- 1 Contrôle avec une stomie** durant les 3 derniers jours
- 2 Rarement incontinent** – Pas incontinent durant les 3 derniers jours mais a des épisodes d'incontinence
- 3 Incontinence occasionnelle** - Moins que quotidiennement
- 4 Fréquemment incontinent** - incontinence quotidienne mais persistance d'un contrôle
- 5 Incontinent** – Pas de contrôle
- 8 Aucune émission de selles** durant les 3 derniers jours

4. PROTECTION, SERVIETTE HYGIENIQUE

- 0** Non **1** Oui

SECTION I. Diagnostics médicaux

Code des Maladies

- 0** Absente
- 1** Principal ou principaux diagnostics pour l'épisode de soins actuel
- 2** Diagnostic présent avec traitement actif
- 3** Diagnostic présent suivi mais sans traitement actif

1. DIAGNOSTICS MEDICAUX

FRACTURE

- a. **Fracture de hanche** durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)
- b. **Autre fracture** durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)

NEUROLOGIQUE

- c. **Maladie d'Alzheimer**
- d. **Démence autre que maladie d'Alzheimer**
- e. **Hémiplégie**
- f. **Sclérose en Plaques**
- g. **Paraplégie**
- h. **Maladie de Parkinson**
- i. **Tétraplégie**
- j. **Attaque /AVC**

CARDIAQUE ET PULMONAIRE

- k. **Maladie coronarienne**

- l. **Insuffisance cardiaque**
- m. **Obstruction broncho-pulmonaire chronique**

PSYCHIATRIQUE

- n. **Anxiété**
- o. **Psychose maniaco-dépressive (maladie bipolaire)**
- p. **Dépression**
- q. **Psychose**

INFECTION

- r. **Pneumonie**
- s. **Infection urinaire** durant les 30 derniers jours

AUTRE

- t. **Cancer**
- u. **Diabète**

2. AUTRES DIAGNOSTICS MEDICAUX

	a : Diagnostic	b : Code		c : Code	
		Maladie		10 ^e	CIM
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Ajouter des lignes supplémentaires, si nécessaire, pour d'autres diagnostics de maladies

SECTION J. Problèmes de santé

1. CHUTE

- 0** Pas de chute
- 1** Une chute
- 2** Chutes ou plus
- a. Trente derniers jours
- b. 31 à 90 jours
- c. 91 à 180 jours

2. FREQUENCE D'UN PROBLEME

Coder la présence durant les 3 derniers jours

- 0** Non présent
- 1** Présent mais non manifeste au cours des 3 derniers jours
- 2** Manifeste 1 des 3 derniers jours
- 3** Manifeste 2 des 3 derniers jours
- 4** Manifeste chaque jour

D'EQUILIBRE

- a. **Difficulté ou impossibilité de passer à la station debout sans aide**
- b. **Debout, difficulté ou impossibilité de faire demi-tour**
- c. **Etourdissement**
- d. **Démarche instable**

CARDIAQUE ET PULMONAIRE

- e. **Douleur thoracique**
- f. **Difficulté pour tousser ou éliminer les sécrétions aériennes**

PSYCHIATRIQUE

- g. **Troubles du cours de la pensée** - par ex. diffiulce, barrage, fuite des idées, pensées tangentielles, prolixité circonlocutoire
- h. **Idées délirantes** - Fausses croyances fixes
- i. **Hallucinations** - Fausses perceptions sensorielles

NEUROLOGIQUE

- j. **Aphasie**

GASTRO-INTESTINAL

- k. **Reflux acide** – Régurgitation d'acide dans la gorge provenant de l'estomac
- l. **Constipation** - Pas d'émission de selles durant les 3 jours ou difficulté de passage de selles dures
- m. **Diarrhée**
- n. **Vomissements**

PROBLEME DE SOMMEIL

- o. **Difficulté pour s'endormir, pour rester endormi, réveil plus tôt que souhaité, sommeil agité, ne reposant pas**
- p. **Trop de sommeil - Excès de sommeil interférant avec le fonctionnement habituel de la personne**

AUTRE

- q. **Inhalation de substance étrangère (fausse route)**
- r. **Fièvre**
- s. **Saignement gastro-intestinal/génito-urinaire**
- t. **Hygiène** – Mauvaise hygiène inhabituelle, négligé, échevelé
- u. **Œdème périphérique**

3. ESSOUFFLEMENT (DYSPNEE)

- 0 Absence de symptôme
- 1 Absente au repos mais présente lors d'activités modérées
- 2 Absente au repos mais présente lors des Activités habituelles de la vie quotidienne
- 3 Présente au repos

4. **FATIGUE** – incapacité due à une diminution d'énergie à réaliser les activités habituelles de la vie quotidienne – par ex., AVQ

0 Aucune

- 1 **Minime** – achève les activités normales de la vie quotidienne
- 2 **Modérée**- Incapable d'achever les activités habituelles de la vie quotidienne
- 3 **Sévère** – Incapable de commencer certaines activités habituelles de la vie quotidienne
- 4 **Incapable** de commencer toute activité normale de la vie quotidienne .

5 SYMPTOMES DE DOULEUR

[Note – Toujours demander à la personne en ce qui concerne la fréquence, l'intensité et le contrôle. Observez la personne et demandez à d'autres qui sont au contact de la personne]

- a. **Fréquence** avec laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes de douleur (inclut grimaces, serrement de dents, gémissement, retrait lors d'un contact ou d'autres manifestations non verbales suggérant la douleur).
- 0 Pas de douleur
- 1 Présents mais non manifestés durant les 3 Derniers jours
- 2 Présents manifeste 1 - 2 des 3 derniers jours
- 3 Douleur manifeste chacun des 3 derniers jours
- b. **Intensité maximale de la douleur présentée**
- 0 Pas de douleur
- 1 Légère

2 Modérée

3 Sévère

4 Période où la douleur est atroce ou intolérable

c. Rythme

- 0 Pas de douleur
- 1 Unique épisode durant les 3 jours
- 2 Intermittente
- 3 Constante

- d. **Poussée aiguë** - période durant les 3 derniers jours où la personne a éprouvé un accès soudain d'aggravation de la douleur 0 Non 1 Oui

- e. **Maîtrise de la douleur** - capacité du traitement actuel à maîtriser la douleur e (selon le point de vue de la personne)

- 0 Pas de problème de douleur
- 1 Douleur acceptable pour la personne, pas de traitement ou de changement nécessaire
- 2 Maîtrise adéquate par les thérapeutiques
- 3 Maîtrise quand les prescriptions sont respectées, mais elles ne sont pas toujours suivies
- 4 Prescriptions suivies mais maîtrise incomplète
- 5 Pas de prescriptions antalgiques suivies, douleur non adéquatement maîtrisée

6. INSTABILITE DE PROBLEMES DE SANTE

0 Non 1 Oui

- a. **Problèmes de santé ou maladies rendant instables l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement** – (fluctuant, précaire ou se détériorant)
- b. **Vit actuellement une poussée d'un problème de santé récurrent ou chronique**
- c. **Maladie en phase terminale** (6 mois ou moins à vivre)

7. PERCEPTION DE LA SANTE

Demandez : "En général, comment apprécieriez-vous votre santé ?"

- 0 Excellente
- 1 Bonne
- 2 Passable
- 3 Mauvaise
- 8 Ne peut (ou ne veut) répondre

8. TABAC ET ALCOOL

- a. **fume du tabac quotidiennement**
- 0 Non
- 1 Pas dans les 3 derniers jours mais est Habituellement un fumeur quotidien
- 2 Oui
- b. **Alcool** –
1. **Nombre de verres de boissons alcoolisées durant les 7 DERNIERS JOURS** (Exemple France)
- Codez 0 si aucun
2. **Nombre maximum de verres** consommés au cours d'une seule fois durant les 14 derniers jours
- 0 Aucun 1 : 1 verre
- 2 : 2 4 Verres 3 : 5 verres ou plus

SECTION K. Etat nutritionnel/bucco-dentaire

1. POIDS ET TAILLE

Notez (a) la **taille** et le **poids**. Appuyez-vous sur la mesure la plus récente au cours des 30 DERNIERS JOURS ;

- a. Taille (cm) b. Poids (kg)

2. PROBLEMES NUTRITIONNELS

0 Non 1 Oui

- a. perte de poids de 5% ou plus dans les 30 derniers jours, ou de 10% ou plus dans les 6 derniers mois
- b. Déshydraté
- c. Insuffisance de liquide : moins d'1 litre jour ou moins de 4 bols de 250 cc
- d. Les éliminations de liquide excèdent les ingestions
- e. A mangé un seul repas ou moins durant au moins 2 des 3 derniers jours

3. MODE D'ALIMENTATION

- 0 Normal - Avale les aliments de toute consistance
- 1 Indépendance modifiée – Par ex. petites gorgées de liquide, prend des quantités de nourriture limitées
- 2 Requier des modifications pour avaler les aliments solides- régimes mixés (par ex. purée, hachis) ou ne peut qu'ingérer des aliments particuliers
- 3 Requier des modifications pour avaler les aliments liquides – par ex des liquides épaissis
- 4 Ne peut avaler que des purées comme solides ou des liquides épaissis
- 5 Combinaison d'alimentation orale et par sonde
- 6 Alimentation par sonde naso-gastrique seule
- 7 Alimentation par sonde gastrostomie seule
- 8 Alimentation parentérale seule
- 9 Activité non accomplie

4. ETAT DENTAIRE

0 Non 1 Oui

- a. Porteur de dentier (prothèse mobile)
- b. A des dents cassées, fracturées ou altérées
- c. Rapporte ou observe des difficultés de mastication
- d. Rapporte ou observe avoir la bouche sèche (xérostomie)
- e. Rapporte ou observe des troubles de la déglutition

SECTION L. Etat de la peau et des pieds

1 STADE LE PLUS SEVERE D'ESCARRE (ULCERE DE PRESSION)

- 0 Pas d'ulcère de pression
- 1 Toute zone de rougeur persistante
- 2 Perte partielle des couches de la peau
- 3 Cratère profond dans la peau
- 4 Lésions de la peau exposant le muscle ou l'os
- 5 Pas de stade quantifiable, par ex prédominance de débris nécrotiques

2. ANTECEDENT D'ULCERE DE PRESSION

0 Non 1 Oui

3. ULCERE AUTRE QUE DE PRESSION – ex. d'origine veineuse, artérielle, mixte, ulcère diabétique au pied

0 Non 1 Oui

4. PROBLEMES CUTANES MAJEURS - par ex. brûlures (2e ou 3e degré) ; plaie chirurgicale en cours de guérison

0 Non 1 Oui

5. DECHIRURES CUTANEEES OU COUPURES – autres que chirurgicale

0 Non 1 Oui

6. AUTRES PROBLEMES DE PEAU - Par ex. ecchymoses, éruptions, démangeaisons, taches, herpès, intertrigo, eczéma

0 Non 1 Oui

7. PROBLEMES DE PIED qui interfèrent avec la démarche – Par ex. bunions, orteils en marteau, chevauchement des orteils, douleur, troubles statiques, infection, ulcère

- 0 Pas de problème de pied
- 1 Problème de pied pas de limitation de la marche
- 2 Problème de pied, limite la marche
- 3 Problème de pied empêche la marche
- 4 Problème de pied, ne marche pas pour d'autre raison

SECTION M. Médicaments

1. NOMBRE DE MEDICAMENTS

Enregistrer le nombre des différents médicaments (prescrits et non-prescrits, y compris les collyres, pris régulièrement ou sur une base occasionnelle durant les 3 derniers jours (Note: cela inclut tout médicament pris sur une base périodique d'entretien)

Codez le nombre de médicaments de 0 à 15 et plus (Si plus de 15 médicaments codez 15)

2. NOMBRE DE PLANTES MEDICINALES ET DE SUPPLEMENTS NUTRITIONNELS NON PRESCRITS

Enregistrer le nombre des différentes plantes médicinales ou suppléments nutritionnels, pris régulièrement ou sur une base occasionnelle durant les 3 derniers jours

Codez le nombre de 0 à 15 (si plus de 15 codez 15)

3. OBSERVANT POUR LES MEDICAMENTS PRESCRITS

- 0 Toujours observant
- 1 Observant 80% du temps ou plus
- 2 Observant moins de 80% du temps
- 8 Pas de médicament prescrit

4. CHANGEMENT RECENT DANS LES MEDICAMENTS

Un médecin a prescrit un nouveau médicament ou a arrêté un médicament pris durant les 7 derniers jours

0 Non 1. Oui

5. BESOIN DE REVUE DES MEDICAMENTS

Demandez à la personne "Avez-vous des inquiétudes à propos de vos médicaments qui devraient être discutées avec un médecin" ?

0 Non 1 Oui 8 Ne peut ou ne veut pas répondre

6. PRISE DE MEDICAMENTS PARTICULIERS

Enregistrez le nombre de jours où les médicaments sont pris durant les 3 derniers jours. Si aucun codez "0"

- a. Antipsychotiques
- b. Anxiolytiques
- c. Antidépresseurs
- d. Hypnotiques
- e. Anticoagulants
- f. Antidiabétiques 1. Oraux
- 2. Injection d'insuline

- g. Antalgiques
- h. Diurétiques

7. LISTE DES MEDICAMENTS (annexe)

SECTION N. Traitements et programmes

1. PREVENTION

0 Non 1 Oui

- a. Mesure de la TA durant la DERNIERE ANNEE
- b. Coloscopie durant les 10 DERNIERES ANNEES
- c. Examen dentaire/visite durant la DERNIERE ANNEE
- d. Examen oculaire durant les 2 DERNIERES ANNEES
- e. Examen auditif durant les 3 DERNIERES ANNEES
- f. Vaccin antigrippal durant LA DERNIERE ANNEE
- g. Mammographie durant les 2 DERNIERES ANNEES (pour les femmes)
- h. Vaccin anti-pneumonique à 65 ans ou plus.

2. TRAITEMENTS ET PROGRAMMES REÇUS OU PRESCRITS DURANT LES 3 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 3 JOURS),

0 Non reçu, non prescrit
 1 Prescrit, pas encore mis en œuvre
 2 1-2 des 3 derniers jours
 3 Quotidien

TRAITEMENTS

- | | |
|--|---|
| a. Chimiothérapie <input type="checkbox"/> | i. Transfusion <input type="checkbox"/> |
| b. Dialyse <input type="checkbox"/> | j. Ventilation ou respiration assistée <input type="checkbox"/> |
| c. Contrôle d'une infection- par ex. quarantaine ou isolement <input type="checkbox"/> | k. Soins de plaie <input type="checkbox"/> |
| | PROGRAMMES |
| d. Médication Intraveineux <input type="checkbox"/> | l. Tout programme pour les mictions <input type="checkbox"/> |
| e. Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> | m. Programme de soins <input type="checkbox"/> |
| f. Radiothérapie <input type="checkbox"/> | palliatifs <input type="checkbox"/> |
| g. Aspiration <input type="checkbox"/> | n. Programme de changement de position <input type="checkbox"/> |
| h. soins de trachéotomie <input type="checkbox"/> | |

3. SERVICES PROFESSIONNELS

Nombre de jours (A) Total de minutes (B) durant les 7 derniers jours

Intensité des soins/thérapies durant les 7 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation ou depuis l'admission si moins de 7 jours)

	2	Total
		nb de
		minutes
1		durant 7
Nb		jours
		derniers jours

- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Aide soignante/auxiliaire de vie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infirmière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aides ménagères, aide à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. portage repas à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. orthophoniste ou audioprothésiste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Psychothérapeute, tout professionnel diplômé en santé mentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- i. Autre – personne non qualifiée rémunérée, accueil de jour

4. RECOURS A L'HOSPITALISATION, AU SERVICE D'URGENCE, VISITES DE MEDECIN

Coder le nombre de nombre de fois durant les 90 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)

- a. Hospitalisation en service aigu avec au moins une nuit d'hospitalisation
- b. Service d'urgence (sans compter le séjour d'une nuit)
- c. Visite de médecin (ou d'un assistant autorisé ou d'un praticien)

5. CONTENTION PHYSIQUE - Contention des membres, utilisation de barrières de lit, attaché à sa chaise quand il s'assied

0 Non 1 Oui

SECTION O. Responsabilité/Directives

1. REPRESENTANT LEGAL

0 Non 1 Oui

SECTION P. Soutiens sociaux

1. DEUX AIDANTS PRINCIPAUX

- a. Relations avec la personne
- 1 Enfant ou bel enfant
- 2 Epoux
- 3 Compagnon/toute personne importante
- 4 Parent
- 5 Frères et sœurs
- 6 Autre membre de la famille
- 7 Ami
- 8 Voisin
- 9 Pas d'aidant informel
- 0 Autre personne – rémunérée ou non (INCLUT EMPLOYEE DE MAISON)

- b. Vit avec la personne
- 0 Non
- 1 Oui depuis 6 mois ou moins
- 2 Oui depuis plus de 6 mois
- 8 Pas d'aidant

DOMAINES DE L'AIDE

0 Non 1 Oui

- c. Aide pour les AIVQ
- d. Aide pour les AVQ

2. ETAT DES AIDANTS INFORMELS

0 Non 1 Oui

- a. L'aidant ne peut pas continuer son aide (p. ex.: déclin de sa propre santé)
- b. L'aidant principal exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression
- c. La famille, les amis proches rapportent qu'ils se sentent dépasser par la maladie de la personne

3. HEURES FOURNIES D'AIDE INFORMELLE ET DE SURVEILLANCE ACTIVE

Pour l'aide aux AIVQ et aux AVQ, reçue durant les 3 DERNIERS JOURS indiquer le nombre total d'heures

données par la famille, des amis et des voisins (heures arrondies)

4. RELATIONS FAMILIALES FORTES ET APPORTANT UN SOUTIEN

0 Non 1 Oui

SECTION Q. Evaluation de l'environnement

1. LOGEMENT

Codez tout élément suivant qui rend le logement inhabitable ou dangereux (si est temporairement en institution: baser l'évaluation sur une visite à domicile)

0 Non 1 Oui 8 Inconnu, logement non visité

a. **Dégradation du logement** : par ex. accumulation dangereuse ; éclairage insuffisant ou inexistant dans la salle de séjour, la chambre à coucher, la cuisine, les toilettes, les couloirs ; fuite de tuyaux ; trou dans le sol

b. **Infestation** – par ex. Extrêmement sale, cuisine infestée par des rats, des insectes

c. **Chauffage ou climatisation inadéquat** - par ex. trop froid en hiver, trop chaud en été ou l'inverse

d. **Manque de sécurité de la personne** - par ex., a peur d'être agressée, problème de sécurité pour chercher son courrier ou rendre visite aux voisins, circulation intense dans la rue

e. **Accessibilité du logement ou des pièces à l'intérieur du logement limitée** - par ex. : difficulté pour entrer ou sortir du logement ; incapable de monter les escaliers, difficulté pour manœuvrer ; pas de barre là où c'est nécessaire

2. VIT DANS UN APPARTEMENT OU UNE MAISON AMENAGEES ACCESSIBLE AUX PERSONNES HANDICAPEES

0 Non 1 Oui

3. ENVIRONNEMENT EXTERIEUR

0 Non 1 Oui

a. **Possibilité d'une assistance d'urgence** - par ex. téléphone, système de téléalarme

b. **Accès à l'épicerie sans assistance**

c. **Livraison d'épicerie à domicile**

4. DIFFICULTES FINANCIERES

Au cours des 30 dernier jours, afin de réduire son budget, la personne a renoncé à : nourriture, vêtement, abri adéquat ; chauffage climatisation suffisants ; médicaments prescrits ; aides et soins à domicile, soins médicaux nécessaires

0 Non 1 Oui

SECTION R. Perspectives de sortie et état général

1. AU MOINS UN OBJECTIF DE TRAITEMENT ATTEINT DURANT LES 90 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

0 Non 1 Oui

2. CHANGEMENT SIGNIFICATIF DE L'INDEPENDANCE GENERALE PAR RAPPORT A IL Y A 90 JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)

0 Amélioration [passez à la section S]

1 Pas de changement [passez à la section S]

2 Détérioration

CODEZ L'(les trois) ITEM(S) SUIVANT EN CAS DE DETERIORATION DURANT LES 90 DERNIERS JOURS -SINON PASSEZ A LA SECTION S

3. NOMBRE D'AVQ PARMIS LES 10 DOMAINES POUR LESQUELLES LA PERSONNE ETAIT INDEPENDANTE AVANT LA DETERIORATION

4. NOMBRE D'AIVQ PARMIS LES 8 DOMAINES (POUR LESQUELLES LA PERSONNE ETAIT INDEPENDANTE AVANT LA DETERIORATION)

5. DATE DE DEBUT DE L'EVENEMENT OU DU PROBLEME

PRECIPITANT L'AGGRAVATION

0 Durant les 7 derniers jours

1 Entre 8 et 14 jours

2 Entre 15 et 30 jours

3 Entre 31 et 60 jours

4 Plus de 60 jours

8 Pas de clair événement précipitant

SECTION S. Sortie

[Note : Ne remplir la section S que lors de la sortie]

1. DERNIER JOUR DE LA PRISE EN CHARGE

- -
Jour Mois Année

2. MODE DE SORTIE

1 Habitation privée/ appartement/ chambre louée

2 Etablissement médico social d'hébergement ou résidence service

3 Résidence autonomie- ex Foyer logement

4 Maison de santé mentale ex MGEN

5 Petite unité pour personnes handicapées

psychiques ex maison d'accueil

6 Etablissement pour personnes handicapées

7 Unité ou hôpital psychiatrique

8 Sans domicile fixe

9 Etablissement de soins de longue durée, EHPAD, USLD

10 Hôpital/service de rééducation

11 Unité de soins palliatifs

12 Unité ou hôpital de soins aigus

13 Etablissement carcéral

14 Autre

15 Décédé

SECTION T. Information sur l'évaluation

SIGNATURE DE LA PERSONNE AYANT

COORDONNE OU EFFECTUE L'EVALUATION

.....
1. Signature (Signer sur la ligne ci-dessus)

2. Date où l'évaluation est signée comme achevée

- -
Jour Mois Année

SECTION Z. Informations complémentaires

1. VERSION DE L'OUTIL

a. Identifiant de l'outil

b. Version de l'outil

		1
9	1	5

2. CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATION

0 Non

1 Oui

2 Ne peut (ou ne veut pas) répondre

SECTION M. Médicaments

M 7. LISTE DE TOUS LES MEDICAMENTS

Lister toutes les prescriptions en cours et tout médicament non prescrits, pris dans les **3 DERNIERS JOURS**

[NOTE : Chaque fois que possible utilisez un recueil informatisé, n'entrez à la main que quand c'est absolument nécessaire]

Pour chaque médicament notez

a. Le Nom

b. La dose - Un nombre tel que 0,5, 150, 300 [Note : n'écrire jamais un zéro après la virgule d'un nombre décimal (x mg). Toujours utiliser un zéro avant la virgule d'une décimale (0, X mg)]

c. L'unité. Codez en utilisant la liste suivante

Gtte (goutte)	mEq (milléquivalent)	% (pourcentage)
Gr (gramme)	mg (milligramme)	Unité
L (litre)	ml (millilitre)	Aut (Autre)
Mcg (microgramme)	As Bucc (Aspiration buccale)	

d. Voie d'administration - Codez en utilisant la liste suivante :

PO (Per - os)	R (Rectale)	ID (Intra dermique)
SL (Sublingual)	Top (topique)	TD (trans dermique ex patch)
IM (Intramusculaire)	IH (Inhalation)	OC (oculaire)
IV (Intraveineuse)	NAS (Nasale)	Aut (Autre)
SC (Sous cutanée)	TE (Tube entéral)	

e. Fréquence. Codez le nombre de fois où le médicament est pris par jour, semaine ou mois en utilisant la liste ci-dessous

1H (Toutes les heures)	3J (3 fois par jour)	4S (4 fois par semaine)
2H (Toutes les 2 heures)	4J (4 fois par jour)	5S (5 fois par semaine)
3H (Toutes les 3 heures)	5J (5 fois par jour)	6S (6 fois par semaine)
4H (Toutes les 4 heures)	AJ (Tout autre jour)	1M (mensuel)
6H (Toutes les 6 heures)	T3J (Tous les 3 jours)	2 M (2 fois par mois)
8H (Toutes les 8 heures)	S (hebdomadaire)	Aut (Autre)
J (quotidien)	2S (2 fois par semaine)	
COU (au coucher)	3S (3 fois par semaine)	
2J (2 fois par jour) (inclut toutes les 12 heures)		

f. Prescrit à la demande (PAD) 0 Non 1 Oui

g. Code ATC informatisé du médicament

a. Nom	b. dose	c. unité	d. voie d'admin.	e. Fréquence	f. (PAD)	g. Code ATC
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Note : si un médicament est donné avec deux dosages, considérez-le comme deux médicaments
Codage aa, bb, cc... apres z si plus de 26 médicaments...

[Note : Ajouter des lignes supplémentaires pour les autres médicaments pris]