

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec



Hôpital Maisonneuve-Rosemont



HMR40087

N° Dossier : Date de naissance : Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM :

Expiration :

## QUESTIONNAIRE POUR VOUS CONNAÎTRE ET MIEUX VOUS ACCOMPAGNER

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Complété par :  Usager  Proche  Professionnel

Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_

### Communication

Langue(s) parlée(s) :  Français  Anglais  Autre(s) :

Avez-vous de la difficulté à entendre ?  Non  Oui

Avez-vous des appareils auditifs ?  Non  Oui :  Gauche  Droite

Les portez-vous ?  Non  Oui

Portez-vous des lunettes ?  Non  Oui  En tout temps  Autre :

### Milieu de vie

Célibataire  Marié  Conjoint de fait  Séparé  Divorcé  Veuf

▲ Habitez-vous seul ?  Oui  Non, avec qui ?

Avez-vous des enfants ?  Non  Oui, combien ? \_\_\_\_\_

▲ Habitez-vous :  Maison/Condo  App  CHSLD  Résidence avec services

Nom de l'endroit :

### Services

▲ Recevez-vous des services du CLSC ?  Non  Oui  CLSC  À domicile

Recevez-vous des services d'autres organismes (communautaires, dépendances, santé mentale) ?  Non  Oui

Nom de votre clinique médicale :

Médecin de famille  Non  Oui Nom :

Nom/lieu de votre pharmacie :

Assurance-médicaments :  Privé  RAMQ

### ▲ Habitudes de vie

Fumez-vous ?  Non  Ex fumeur depuis moins de 6 mois  Oui - Nombre de cigarettes par jour :

Alcool :  Non  Oui - Préciser nombre/type de consommations/jour :

Drogue :  Non  Oui - Préciser nature/quantité :

**Compléter la section suivante selon votre état habituel, lorsque vous êtes bien.**

### A : Concernant votre autonomie

Avez-vous des escaliers au domicile ?  Non  Oui  Ascenseur

Intérieur : Nombre de marches : \_\_\_\_\_  Extérieur : Nombre de marches : \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'aide pour les utiliser ?  Non  Oui

Vous vous lavez ?  Seul  Avec aide De qui :

Vous vous habillez ?  Seul  Avec aide De qui :

Vous vous levez/Vous vous asseyez ?  Seul  Avec aide De qui :

Marchez-vous ?  Seul  Avec aide De qui :

Équipement utilisé ?  Non  Oui

Canne  Marchette/Déambulateur  Fauteuil roulant  Quadri porteur/fauteuil motorisé

Nom du patient :	N° dossier :				
<b>Compléter la section suivante selon votre état habituel, lorsque vous êtes bien. - suite</b>					
<b>A : Concernant votre autonomie - suite</b>					
▲ Êtes-vous tombé dans la dernière année ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Si oui, indiquez le nombre de fois :					
Comment vous déplacez-vous ? <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Transport en commun <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Taxi					
Conduisez-vous ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Vous faites l'épicerie <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui :					
Vous faites votre ménage <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui :					
Vous faites votre lavage <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui :					
Vous faites vos repas <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui :					
Vous prenez vos médicaments <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui : _____					
<input type="checkbox"/> Dosette <input type="checkbox"/> Dispill					
Prenez-vous des produits naturels ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
<b>I : Concernant votre peau (Intégrité de la peau)</b>					
Avez-vous une ou plusieurs plaie(s) ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui À quel endroit ?					
<b>▲ N : Concernant votre alimentation (Nutrition)</b>					
Au cours des <b>6 DERNIERS MOIS</b> , avez-vous perdu du poids <u>SANS AVOIR ESSAYÉ</u> de perdre de poids ?					
<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - Préciser :					
<b>DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE</b> , mangez-vous moins qu'à l'habitude ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Vous arrive-t-il de vous étouffer en mangeant ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui en buvant ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Avez-vous ? <input type="checkbox"/> Dentition naturelle <input type="checkbox"/> Dentier(s) <input type="checkbox"/> Partiel(s)					
<b>E : Concernant votre élimination habituelle</b>					
Utilisez-vous une protection contre les pertes involontaires ? <input type="checkbox"/> <b>d'urine</b> et/ou <input type="checkbox"/> <b>de selles</b>					
<input type="checkbox"/> Protège dessous <input type="checkbox"/> Culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> Sonde urinaire					
<input type="checkbox"/> Autre (ex. : urostomie, colostomie, conduit iléal...) :					
À quelle fréquence allez-vous à la selle ?					
<b>▲ E : Concernant votre état cognitif et psychologique habituel</b>					
Avez-vous des difficultés avec votre mémoire/oublis fréquents ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Avez-vous récemment noté des changements dans votre humeur ou vos comportements ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
<input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Idées suicidaires					
Si oui, avez-vous eu un suivi pour vous soutenir ?					
<b>S : Concernant votre sommeil habituel</b>					
Dormez-vous bien la nuit ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Avez-vous des préoccupations en lien avec votre hospitalisation ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Lesquelles :					
Croyez-vous que vous pourriez avoir des difficultés au congé pour retourner dans votre milieu de vie actuel ?					
Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____					
<b>Année-Mois-Jour</b>					
<b>Signature et titre de l'intervenant</b>	<b>Init.</b>	<b>Date</b>	<b>Signature et titre de l'intervenant</b>	<b>Init.</b>	<b>Date</b>

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES