

Analyse de l'aggravation des troubles du comportement ou de l'apparition d'un nouveau trouble

Identité du résident :

Nom :
Prénom :
Date de naissance : ___/___/___

Date :
Identité rédacteur :

1 Identifier et décrire les symptômes psycho-comportementaux perturbateurs

3 Tracer les adaptations de prise en charge et leurs résultats (le + et le -)

2 Repérer et tracer le contexte : quand, où, avec qui, dans quelles circonstances, à combien de reprises ?

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

Recherche d'une cause physique ou psychiatrique

Le résident :

- | | oui | non |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 s'est alimenté sur les 24 dernières heures | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 a bu au cours des 24 dernières heures | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 a uriné dans les 8 dernières heures | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 a eu des selles dans les dernières 72 heures | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 a dormi comme habituellement | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 marche comme d'habitude | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 utilise ses bras et ses mains comme d'habitude | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Le résident présente :

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 8 des brûlures urinaires | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 une constipation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 des selles liquides | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 une difficulté pour avaler | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 une douleur | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 un essoufflement | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 une toux | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 des crachats | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 des mouvements inhabituels anormaux, | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 une bouche modifiée | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (sèche, rouge, noire, marron, blanche..) | | |
| 18 des troubles de la conscience | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Surveillance des constantes :

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 19 TA systolique < 9,5 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 TA > 17/9,5 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Saturation < 91% | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 T>38°C ou < 36,5°C | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 TT> 100 ou < 50 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 si diabète vérifier l'absence d'hypoglycémie,
Glycémie<0,50 g/l | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Apparition de nouveaux symptômes :

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 24 Anxiété, angoisse | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 Hallucinations | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 Idées délirantes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 Symptômes dépressifs | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avis médical si un est coché

Recherche d'un facteur déclenchant

Difficultés avec : les lunettes, les appareils auditifs, les appareils dentaires...

Changement de l'environnement du résident : modification de l'équipe soignante, de l'organisation, des activités, mise en échec, sollicitations trop importantes, agitation des autres résidents...

Evènement chargé émotionnellement : visite, conflit, perte d'un proche, date anniversaire.....

Modification récente du traitement : préciser la date.

Rituels respectés ?

Des rituels sont identifiés ? Préciser lesquels.

Sont-ils tracés ? Plan de soins, protocole de gestion des troubles psycho-comportementaux.

Sont-ils connus de l'équipe ? Communication+++ , rôle du référent.

Ont-ils été respectés ? Si réponse négative rechercher pourquoi.