

L'OUTIL ISAR: Dépistage initial

À compléter par un membre du personnel avec le patient ou avec l'aidant.

ADRESSOGRAPHIE

S'IL VOUS PLAÎT RÉPONDRE À CHACUNE DES QUESTIONS PAR OUI OU NON

		Pour l'hôpital seulement
1. Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	1 0
2. Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour prendre soin de vous?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	1 0
3. Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des derniers 6 mois (excluant un séjour à l'urgence)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	1 0
4. En général, voyez-vous bien?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	0 1
5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire importants?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	1 0
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	1 0

TOTAL: _____

Pointage:

Positif / Négatif (encerclez selon le résultat obtenu)

Si le résultat est positif:	
<input type="checkbox"/> Référé pour SEISAR	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Référé au travailleur(se) social	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Référé à l'infirmier(ère) de liaison	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Congé	Suivi: _____

Signature: _____ Date: _____