

**ENSEMBLE,
AMÉLIORONS LA
SÉCURITÉ ET LA
QUALITÉ DES SOINS
AUX USAGERS!**



Aide-mémoire

Nouvelle version du Formulaire OT2589

Juillet 2024

R**Section réservée pour le milieu de vie**

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec



N° DE DOSSIER : _____
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 N° RAMQ : _____ DATE EXP : ____/____/____

1**2****TRANSMISSION D'INFORMATION LORS DE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT**

Type du milieu de vie : RI RTF RPA CHSLD MDA Centre de réadaptation (CR)
 Numéro de téléphone à composer pour assurer un retour sécuritaire en milieu de vie : _____
 Nom du responsable : _____

3**SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL DU MILIEU DE VIE**

Nom complet du professionnel de l'urgence avisé du transfert (si applicable) : _____
 Raison du transfert à l'urgence/CH et interventions effectuées avant le transfert (précisez) : _____

4

Intervenant pivot du CISSSO (si applicable) : _____ Tél. : _____
 Transmission documents Liste médicaments Notes médicales/infirmières Formulaire NIM/DMA
 Copie carte RAMQ Autres documents : _____

5

Effets personnels remis au départ de l'utilisateur : Sup Inf Appareil auditif : G D Lunettes Autre (précisez) : _____

6**CONTACT EN CAS D'URGENCE****REPRÉSENTANT LÉGAL**

Nom : _____ Tutelle : Publique Privée Non Autre (précisez) : _____
 Lien : _____ Tél. : _____ Nom : _____ Lien : _____
 Représentant ou proche aidant avisé : Oui Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ heure (hh:mm) : ____:____ Non Non-joint

7

Médications régulières reçues
 Matin Midi Souper Couché PRN (Nom/heure) : _____ / hh:mm ____:____
 Autogestion des médicaments par l'utilisateur Médicaments administrés par le personnel du milieu de vie

8

Profil de l'utilisateur avant le transfert
 Risques : Étouffement Plaie Chute Suicide Fugue Errance Agressivité Automutilation
 Allergies/diabète : Oui, (précisez) : _____ Non Diabète : Oui Non
 Autonomie/mobilité : Mobilité : Autonome Avec aide/aide technique : _____
 Hygiène : Autonome Avec aide (précisez) : _____
 Intégrité de la peau : Plaies : Oui, site : _____ Non Autre : _____
 Nutrition/hydratation : Autonome Avec aide Difficulté à avaler les aliments et/ou les liquides
 Diète/gavage (précisez) : _____ Texture de diète : _____ Liquide épais
 Autonome Avec aide Stomie (précisez) : _____
 Élimination : Toilette Chaise d'aisance Urinal Incontinence
 Sonde urinaire Si oui (case cochée) inscrire la date du dernier changement (aaaa/mm/jj) : _____
 État de conscience, Comportement et communication : Changement de comportement, précisez : _____
 Trouble cognitif (précisez) : _____
 Surveillance : Discrète Étroite Constante Mesure de contrôle : _____

Date (aaaa/mm/jj)	Heure (hh:mm)	Signature	Nom en caractère d'imprimerie

V**Section réservée pour l'urgence ou l'unité d'hospitalisation**

Adressographe demandé,
nécessite l'ajout au verso pour ce formulaire.

N° DE DOSSIER : _____
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 N° RAMQ : _____ DATE EXP : ____/____/____

1**2****SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER**

Informations à communiquer au retour de l'utilisateur dans son milieu de vie

Diagnostic(s) au congé : _____
 Investigations effectuées (imagerie, laboratoire, etc.) : _____
 Consultations effectuées : Travailleur social Physiothérapeute Nutrition Infirmière liaison
 Ergothérapeute Pharmacien Consultation médicale : _____ Autre (précisez) : _____
 Traitements prodigués à l'urgence ou à l'unité hospitalière : _____

3

Nouvelle médication débutée : _____ Médication cessée ou modifiée : _____

4

Médications régulières reçues : Matin Midi Souper Couché PRN (lequel et l'heure) : _____
 Suivi médicaux prévus : Suivi médical : (aaaa/mm/jj) : _____ (hh:mm) : _____
 Examens médicaux : (aaaa/mm/jj) : _____ (hh:mm) : _____
 RDV à planifier : (aaaa/mm/jj) : _____ (hh:mm) : _____

5

Documents à transmettre au milieu de vie : Carte de l'hôpital Copie du dossier (si en CHSLD) Rx médicaments / médicales
 Instructions à suivre pour examen Rapport Physio/Ergo NIM/DMA : _____
 Référence SAD Télécopier le résumé si intervenant pivot
 Nom complet de la personne qui reçoit la documentation au congé : _____

7

Effets personnels remis au retour : Sup Inf Appareil auditif : G D Lunettes Carte RAMQ Autre (précisez) : _____
 Nom complet du médecin responsable au CH/Urgence : Dr _____
 Appel fait pour le transport à (hh:mm) : ____:____ Type de transport : Famille Ambulance
 Transport adapté Autre : _____
 Discuté avec : _____ Appel fait au milieu de vie : Oui, (hh:mm) : ____:____ Non Appel fait à la famille : Oui, (hh:mm) : ____:____ Non
 Discuté avec : _____ Impossible à joindre Discuté avec : _____ Impossible à joindre

6**8**

Date (aaaa/mm/jj)	Heure (hh:mm)	Signature	Téléphone et numéro de poste

1

Plaquer la carte de l'utilisateur (si applicable) ou inscrire ses informations:

- Numéro de dossier CISSSO
- Nom, prénom et date de naissance de l'utilisateur
- Numéro RAMQ et date d'expiration

2

Inscrire le **nom complet** du milieu de vie.

Cocher le **type** de milieu de vie.

Inscrire les coordonnées du **milieu de vie**.

3

Inscrire le **nom complet** du professionnel de l'urgence qui a été avisé. **S'applique uniquement pour le CHSLD.*

Inscrire les informations essentielles de l'utilisateur, notamment les raisons ayant motivé son transfert, et les interventions médicales effectuées avant le transfert.

Inscrire le **nom** et **coordonnées** de l'intervenant pivot du CISSSO: Travailleuse sociale ou infirmière qui s'occupe de l'utilisateur (**Si applicable*).

4

Documents supplémentaires pour le transfert de l'utilisateur:

- Copie de la carte RAMQ.
- Liste des médicaments.
- Notes médicales / infirmières (**Si applicable*).
- Formulaire NIM / DMA: Niveau d'intervention médicale / Directives médicales anticipées (**Si applicable*).
- Autres documents jugés pertinents: Ex. fiche du résident.

Effets personnels:

- Prothèses dentaires: Préciser s'il s'agit de la partie supérieure, inférieure ou les deux.
- Appareil auditif: Préciser s'il s'agit de la partie droite, gauche, ou les deux.
- Lunettes.
- Autres: Ex. Aides techniques à la marche ou tout autre objet personnel.

5

Inscrire le **nom complet** et **coordonnées** de la personne à joindre en cas d'urgence, ainsi que son lien avec l'utilisateur.

Inscrire le **nom complet** et **coordonnées** du représentant légal ainsi que son lien avec l'utilisateur.

Inscrire si le représentant ou proche-aidant a été **avisé** ou non, si oui, inscrire la date et l'heure.

R

6

Inscrire à quel moment la **dernière médication** a été administrée / distribuée (matin, midi, souper, coucher).

Si un **médicament PRN** a été donné, précisez lequel : **Nom et heure d'administration**.

Préciser si l'utilisateur **gère** sa médication lui-même ou celle-ci est administrée par le personnel du milieu.

Section visant à mieux comprendre le profil de l'utilisateur et à mieux surveiller les risques associés à sa condition :

RI-RTF: *Les intervenants pivots des usagers vous accompagneront pour compléter une première fois le formulaire, et ensuite au besoin (lors de tout changement dans la situation de l'utilisateur adulte).*

RPA: *Ces informations devraient déjà se retrouver dans l'annexe 1 au dossier du résident: «Profil général du résident».*

Risques:

- **Étouffement:** L'utilisateur est connu ou présente des difficultés à avaler ou à boire.
- **Plaie:** Risque associé à la condition de l'utilisateur (incontinence, port de culotte d'incontinence, usager alité, diabétique, maigreur extrême, etc.).
- **Chute:** L'utilisateur a fait une chute récente ou est connu pour faire des chutes fréquentes, ou a des pertes d'équilibre.
- **Suicide:** L'utilisateur est connu ou démontre des symptômes suicidaire (verbalise vouloir mourir, indices comportementaux, émotifs ou cognitifs, symptômes de dépression).
- **Fugue:** L'utilisateur est connu ou à tendance à s'enfuir de son milieu de vie.
- **Errance:** L'utilisateur est connu pour faire de l'errance, et se perd souvent en se promenant.
- **Agressivité (verbale ou physique):** L'utilisateur a déjà crié ou frappé quelqu'un dans le milieu de vie.
- **Automutilation:** L'utilisateur est connu pour s'infliger volontairement des blessures.

Allergies connues / Diabète:

- Inscrire si l'utilisateur présente des allergies connues, précisez lesquelles.
- Inscrire également si l'utilisateur est diabétique ou non.

Autonomie / Mobilité:

- indiquer si l'utilisateur a besoin d'aide pour ses transferts, quels types d'aides techniques ou équipement sont nécessaires, par exemple un *bed-aid* pour sortir du lit, une canne, marchette, ou un fauteuil roulant. Précisez également le nombre de personnes requis pour ses déplacements.
- Précisez si l'utilisateur a besoin d'aide pour faire son hygiène, Ex. aide complète ou partielle.

Intégrité de la peau: Précisez si l'utilisateur présente des plaies ainsi que leur localisation. Indiquer dans la section "autre" s'il y a présence d'irritations, de démangeaisons, rash, etc.

Nutrition / Hydratation: Cocher si l'utilisateur nécessite de l'aide pour s'alimenter ou s'hydrater, par exemple pour ouvrir les contenants ou couper les aliments. Exemple de diètes possibles: Sans sel, diabétique, sans gluten, etc.

Élimination: Cocher si l'utilisateur nécessite de l'aide pour aller aux toilettes. Inscrire toute particularité, par exemple: inscrire la grandeur et la marque de la culotte d'incontinence. En cas de stomie, précisez si c'est pour les selles ou les urines.

État de conscience, comportement et communication: Alzheimer ou tout autre type de démence connue.

7

8

Inscrire la **date et l'heure** de l'inscription des informations du formulaire, le **nom complet** en caractère d'imprimerie, et **signer le formulaire**.

V

1

Section réservée aux Informations de l'**usager**

2

Section dédiée au **diagnostic au congé**. La personne responsable du diagnostic va y inscrire un diagnostic clair et concis.

Section dédiée aux **investigations** effectuées au niveau de l'urgence / hôpital en vue d'aboutir à un diagnostic précis ou encore d'évaluer l'état de santé de l'usager.

Cocher le ou les **types de consultations** réalisées au cours du séjour de l'usager au niveau de l'urgence / hôpital.

Préciser les **traitements prodigués** au niveau de l'urgence / hôpital.

3

Inscrire la **nouvelle médication** initiée au cours du séjour de l'usager, ainsi que la médication qui a été arrêtée ou modifiée.

Inscrire à quel moment la **dernière médication** a été administrée (matin, midi, souper, coucher).

Si un **PRN** a été donné, précisez lequel: Nom et heure d'administration.

4

Inscrire les différents **suivis médicaux** mis en place. Cela comporte le suivi médical proprement dit, les examens médicaux ainsi que les rendez-vous prévus. Les dates et heure de chaque élément sont également à inscrire

5

Cocher l'ensemble des **documents à transmettre au milieu de vie**.

Inscrire le nom complet de **la personne qui reçoit la documentation au congé**.

Cocher les **effets personnels** de l'usager qui ont été retournés. S'il y a d'autres effets, les inscrire dans la section "autre".

6

Inscrire le nom complet du **médecin** responsable en CH / Urgence.

7

Inscrire si des **appels** ont été faits:

- Au **transport**: Heure de l'appel + Nom de la personne contactée + Type de transport qui peut varier d'une ambulance, un transport adapté, ou encore un membre de la famille de l'usager.
- Au **Milieu de vie**: Heure de l'appel + Nom de la personne contactée.
- À la **famille**: Heure de l'appel + Nom de la personne contactée

8

Inscrire la **date et l'heure** de l'inscription des informations du formulaire, le numéro de **téléphone**, et **signer le formulaire**.