

Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) : 310-CASC

### Évaluation et diagnostic

Service de consultation sur la gestion de la douleur et des symptômes	1-800-651-1139
Radiothérapie palliative	613-737-7700 ext 10329
Programme régional de cancérologie	613-737-7700

### Soins en établissement/ Soins de longue durée

CASC (information et aiguillage)	310-CASC
Logement social (Cornwall et comtés unis de Stormont Dundas et Glengarry)	613-938-7717 1-800-267-2435

### Soins à domicile

#### Services professionnels

CASC (accueil)	310-CASC
----------------	----------

#### Services de soutien

Services de soutien communautaire (le CASC fournit information et aiguillage pour ce secteur)	310-CASC
--	----------

### Services de soins palliatifs

Dundas County Hospice	613-535-2215
Mental Health/ santé Mentale	613-446-5139 ou 1-800-267-1453
Carefor Palliative Care	1-800-267-1741
Volunteer Visiting Program	Ext 225
Tri-county Mental Health Services	613-932-9940
Soins continus Bruyère, Unité de soins palliatifs - admissions cliniques	613-562-4262 Ext 4063
Clients actuels	Ext 6349
Société canadienne du cancer (transport)	613-932-1283 ou 1-800-669-4181
Centre Royal Comtois	613 632 0139

### Gestion des risques

Systèmes d'alarmes personnels (CASC)	1-800-267-0852
Bureau de santé de l'est de l'Ontario - Prévention de chutes	1-800-267-7120
Services communautaires Prescott Russell / Prescott Russell Community Services	1-800-267-0853

### Gestion des urgences (psychiatriques et médicales)

Hôpital communautaire de Cornwall	613-938-4240
Hôpital générale de Hawkesbury & district	613-632-1111
Radiothérapie palliative	613-737-7700 ext 10329

### Aide au transport

Services de soutien communautaire (CASC)	310-CASC
Société canadienne du cancer	613-932-1283 ou 1-800-669-4181

### Services de répit / Soutien aux aidants

CCSC (information, aiguillage et soins de longue durée)	310-CASC
Services de soutien communautaire (CASC)	310-CASC

### Services légaux

Bureau du tuteur et curateur public (BTCP)	1-800-366-0335
Bureau d'évaluation de la capacité	1-866-521-1033

### Ressources et liens

Télesanté - 1-866-797-0000
Réseau de soins palliatifs et de fin de vie des comtés de l'est - www.epalliativecare.ca

LignesantéChamplain - www.lignesanteChamplain.ca

Bureau de santé de l'est de l'Ontario - 1-800-267-7120

## 01. Échelle de performance pour patients en soins palliatifs



### Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPS v2) version 2

Niveau performance	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	<i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

Translation by Dr Sandra Legault, Dr Carol Laurin, Maryse Bouvette, RN

## 02. Évaluation de symptômes de Edmonton

Prière d'encrer le numéro qui décrit la meilleure façon :

1. Aucune douleur	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire douleur possible
2. Pas fatigué(e)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire fatigue possible
3. Sans nausée	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire nausée possible
4. Pas déprimé/déprimée	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire dépression possible
5. Pas anxieux/anxieuse	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire anxiété possible
6. Pas somnolent(e)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La pire somnolence possible
7. Bon appétit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Le pire appétit possible
8. Le meilleur sentiment du bien-être	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Le pire sentiment du bien-être possible
9. Pas de manque d'haleine	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Le pire manque d'haleine possible
10. Autre problème	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Nom : \_\_\_\_\_

Préparé par :

Date : \_\_\_\_\_

Patient

Heure : \_\_\_\_\_

Soignant   
Assisté par le soignant

## 03. Index modifié de pression sur le soignant

**Directives :** Voici une liste d'aspects que d'autres soignants ont trouvé difficiles. Veuillez mettre un crochet dans les colonnes qui s'appliquent à votre situation.

Plus la note à l'index modifié de pression sur le soignant est élevée, plus grand est le besoin d'une évaluation plus approfondie pour faciliter l'intervention pertinente

Oui, régulièrement = 2 Oui, parfois = 1 Non = 0

a. Mon sommeil est perturbé. (Par exemple : La personne dont je m'occupe se lève fréquemment durant la nuit ou erre dans la maison.)	-----	-----	-----
b. Il n'est pas pratique de dispenser des soins. (Par exemple : Aider exige énormément de temps; ou, je dois faire un long trajet en voiture pour aller aider.)	-----	-----	-----
c. Dispenser des soins est difficile physiquement. (Par exemple : Aider la personne à se lever d'une chaise et à s'y asseoir. Il faut un effort ou de la concentration.)	-----	-----	-----
d. Dispenser des soins est restreignant. (Par exemple : Le fait d'aider limite mon temps libre; ou, je ne peux pas rendre visite aux gens.)	-----	-----	-----
e. Des adaptations ont été nécessaires dans la famille. (Par exemple : Le fait d'aider dérange ma routine; nous n'avons pas d'intimité.)	-----	-----	-----
f. Les plans personnels ont changé. (Par exemple : J'ai dû refuser un emploi; je ne pourrais pas aller en vacances.)	-----	-----	-----
g. Mon temps est sollicité ailleurs. (Par exemple : D'autres membres de la famille ont besoin de moi.)	-----	-----	-----
h. Une adaptation émotive a été nécessaire. (Par exemple : Il y a eu de sérieuses disputes au sujet de l'aide fournie.)	-----	-----	-----
i. Certains comportements sont pénibles. (Par exemple : Incontinence; la personne aidée ne se rappelle pas certaines choses; ou, elle accuse les gens de prendre ses choses.)	-----	-----	-----
j. Il est bouleversant de constater à quel point la personne dont je m'occupe a changé par rapport à ce qu'elle était. (Par exemple : Elle est une personne différente de celle qu'elle était.)	-----	-----	-----
k. Des adaptations ont été nécessaires au travail. (Par exemple : Je dois prendre des congés pour assumer mes tâches de soignant.)	-----	-----	-----
l. Fournir de l'aide crée des contraintes financières.	-----	-----	-----
m. Je me sens complètement dépassé(e). (Par exemple : Je m'inquiète de la personne dont je m'occupe; je me demande comment j'y arriverai.)	-----	-----	-----

Ajoutez les réponses pour "Oui, régulièrement" (2 points chacune) et "Oui, Parfois" (1 point chacune)

NOTE TOTALE =

### Références

02. Adapé de Fulmer, T. (1991). The Geriatric Nurse Specialist Role: A New Model. Nursing Management, 22(3), 91 – 93.  
© Copyright Lippincott Williams & Wilkins.  
03. Par M.Terry Sullivan, RN, MSW, MSN, CMC, Connecticut Community Care Inc.