

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<br>ext 10329 |
| Programme régional de cancérologie                                    | 613-737-7700              |

### Soins en établissement/ Soins de longue durée

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| CASC (information et aiguillage) | 310-CASC |
|----------------------------------|----------|

### Soins à domicile

#### Services professionnels

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

#### Services de soutien

|  |              |
|--|--------------|
| Popote roulante  | 613-233-2424 |
| Services de soutien communautaire<br>(le CASC fournit information et aiguillage pour ce secteur) | 613-745-5525 |

### Services de soins palliatifs

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Hospice at May Court   | 613-260-2906             |
| Friends of Hospice Ottawa  | 613-591-6002             |
| Centre de services Guiges  | 613-241-1266<br>ext 241  |
| Jewish Family Services of Ottawa   | 613-722-2225             |
| Maison de Roger  | 613-523-6300             |
| Mission Hospice  | 613-562-4500             |
| Soins continus Bruyère, Unité de soins palliatifs - admissions cliniques | 613-562-4262<br>Ext 4063 |
| Clients actuels  | Ext 6349                 |
| Palliative Outreach Program - Bureau                                     | 613-723-1184             |

### Gestion des risques

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Soins continus Bruyère - ligne secours                       | 613-562-6368                 |
| Systèmes d'alarmes personnelle (CASC)                        | 1-800-538-0520               |
| Hôpital Élisabeth Bruyère - Service d'assurance téléphonique | 613-741-6025<br>613-562-4262 |
| Clinique de prévention des chutes                            |                              |

### Gestion des urgences (psychiatriques et médicales)

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Hôpital d'Ottawa - Campus general  | 613-737-7700 |
| Radiothérapie palliative           | ext 10329    |
| Programme régional de cancérologie | 613-737-7700 |

### Aide au transport

|   |              |
|---|--------------|
| Paratranspo                                 | 613-244-1289 |
| Organismes de soutien communautaires (CASC) | 310-CASC     |
| Demande de Permis de Stationnement (PSA)    | 3-1-1        |
| Société Canadienne du cancer                | 613-723-1744 |

### Services de répit / Soutien aux aidants

|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| CASC (information et aiguillage) | 310-CASC       |
| Anciens Combattants Canada       | 1-866-522-2122 |

### Services légaux

|  |                |
|--|----------------|
| Bureau du tuteur et curateur public (BTCP)       | 1-800-366-0335 |
| Services communautaires de géro-psycho-geriatrie | 613-562-9777   |

### Ressources et liens

Télesanté - 1-866-797-0000

LignesantéChamplain - [www.lignesanteChamplain.ca](http://www.lignesanteChamplain.ca)

Ottawa Hospice Palliative and End of Life Care Network - [www.ohpcn.ca](http://www.ohpcn.ca)

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



### Échelle de performance pour patients en soins

| Niveau performance | Mobilité             | Activité et intensité de la maladie   | Autonomie pour les soins personnels    | Alimentation                 | Niveau de conscience               |
|--------------------|----------------------|---|--|------------------------------|------------------------------------|
| 100 %              | Complète             | Activité et travail: normaux<br><i>Aucune manifestation de maladie</i>                    | Autonome                               | Normale                      | Normal                             |
| 90 %               | Complète             | Activité et travail: normaux<br><i>Certains signes de maladie</i>                         | Autonome                               | Normale                      | Normal                             |
| 80 %               | Complète             | Activité normale avec effort<br><i>Certains signes de maladie</i>                         | Autonome                               | Normale ou diminuée          | Normal                             |
| 70 %               | Réduite              | Incapable de travailler normalement<br><i>Maladie évidente</i>                            | Autonome                               | Normale ou diminuée          | Normal                             |
| 60 %               | Réduite              | Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères<br><i>Maladie évidente</i>             | Aide nécessaire occasionnellement      | Normale ou diminuée          | Normal ou confusion                |
| 50 %               | Surtout assis/couché | Incapable de faire tout travail<br><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><br><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<br><i>Maladie avancée</i>                                     | Soins complets                         | Normale ou diminuée          | Normal ou somnolence +/- confusion |
| 20 %               | Toujours au lit      | N'accomplit aucune activité<br><i>Maladie avancée</i>                                     | Soins complets                         | Réduite à des gorgées        | Normal ou somnolence +/- confusion |
| 10 %               | Toujours au lit      | N'accomplit aucune activité<br><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'encercler 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/déprimé                | 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. Adapté 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.