

BelRAI questions-types – Home Care v2.0

NOM

Section A : Informations - Identifications

A1	Nom
----	-----

DONNEES PERSONNELLES

Section A : Informations - Identifications

A2	Sexe
A3	Date de naissance
A4	Etat civil
A5	Identification du client
A6	Identification de l'organisation
A7	Contacts
A8	Raison de l'évaluation
A9	Date de référence pour l'évaluation
A10	Attentes déclarées par le client et/ou la famille
A11	Code postal du lieu de vie habituel
A12	Lieu de vie au moment de l'évaluation
A13	Conditions de vie
A14	Temps depuis la dernière hospitalisation
A15	Commentaires

Section B : Admission et situation précédente

B1	Date de la première prise en charge dans l'organisation
B2	Langue principale et besoins associés aux convictions/croyances
B3	Histoire résidentielle dans les 5 années précédentes
B4	Score au moment de l'entrée dans cette organisation de soins (à domicile) (Katz, BEL, ...)
B5	Commentaires

COGNITION, COMMUNICATION, HUMEUR ET COMPORTEMENT, BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL

<i>Section C : Cognition</i>	
C1	Facultés cognitives pour prendre les décisions courantes
C2	Mémoire/Capacité de se souvenir
C3	Fluctuations de la pensée ou de l'état de conscience
C4	Brusque changement de l'état mental du client par rapport à l'état habituel
C5	Changement des facultés pour prendre les décisions par rapport à il y a 90 jours (ou depuis la dernière évaluation)

<i>Section D : Communication et vision</i>	
D1	Expression
D2	Compréhension
D3	Audition
D4	Vision

<i>Section E : Humeur et comportement</i>	
E1	Signes d'humeur dépressive, anxieuse ou triste
E2	Items d'humeur rapportés spontanément
E3	Symptômes comportementaux

<i>Section F : Bien être psychosocial</i>	
F1	Relations sociales
F2	Solitude
F3	Changements dans les activités durant les 90 derniers jours
F4	Laps de temps pendant la journée (matin et après-midi) où la personne est seule
F5	Evénement stressant durant les 90 derniers jours
F6	Comportement vis-à-vis des soignants

ETAT FONCTIONNEL ET CONTINENCE

<i>Section G : Etat fonctionnel</i>	
G1	Performance pour les AIVQ
G2	Performance pour les AVQ
G3	Déplacement/Marche
G4	Niveau d'activité
G5	Potentiel d'amélioration des performances physiques
G6	Changement des performances dans les AVQ par rapport à il y a 90 jours
G7	Conduite

<i>Section H : Continence</i>	
H1	Continence urinaire
H2	Moyen auxiliaire pour recueillir les urines
H3	Continence fécale
H4	Matériel d'incontinence
H5	Présence d'une stomie

DIAGNOSTICS MEDICAUX ET MEDICAMENTS

<i>Section I : Diagnostics médicaux</i>	
I1	Sélection de diagnostics médicaux
I2	Autres diagnostics médicaux

<i>Section M : Médicaments</i>	
M1	Liste de tous les médicaments
M2	Allergie médicamenteuse
M3	Respect des prescriptions médicamenteuses des médecins

ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE ET ALIMENTATION

<i>Section J : Etat de santé</i>	
J1	Chutes
J2	Chute(s) dans les 30 derniers jours
J3	Fréquence des problèmes de santé
J4	Dyspnée
J5	Fatigue anormale
J6	Symptômes de douleur
J7	Etats morbides instables
J8	Perception de la santé
J9	Tabac et alcool

<i>Section K : Etat nutritionnel/bucco-dentaire</i>	
K1	Poids et taille
K2	Problèmes nutritionnels
K3	Mode d'alimentation
K4	Etat bucco-dentaire
K5	Régime alimentaire

PEAU

<i>Section L : Etat de la peau</i>	
L1	Stade le plus élevé d'escarre (ulcère de pression)
L2	Antécédents d'ulcère de pression
L3	Ulcère autre que de pression
L4	Problèmes cutanés majeurs
L5	Déchirures cutanées ou coupures
L6	Autres problèmes de peau
L7	Problèmes de pieds

TRAITEMENTS ET PROGRAMMES

<i>Section N : traitements et programmes</i>	
N1	Prévention
N2	Traitements et programmes reçus ou prévus durant les 3 derniers jours
N5	Recours à l'hospitalisation, au service d'urgences, visites du médecin

PRESTATIONS SPECIALISEES, MOYENS ET MESURES

<i>Section N : Traitements et programmes</i>	
N3	Prestations spécialisées
N4	Mesures d'entrave et moyens auxiliaires

RESPONSABILITE ET DISPOSITIONS

<i>Section O : Responsabilité</i>	
O1	Représentant légal

SOUTIENS SOCIAUX ET ENTOURAGE

<i>Section P : Soutiens sociaux</i>	
P1	Aidant principal/Aidants principaux
P2	Domaines pour lesquels de l'aide est donnée durant les 3 derniers jours
P3	Etat de l'aidant/des aidants
P4	Si besoin, volonté (et capacité) de l'aidant/des aidants, de donner plus d'aide
P5	Relations familiales fortes et apportant un soutien
P6	Commentaires éventuels

<i>Section Q : Evaluation de l'environnement</i>	
Q1	Logement
Q2	Vit dans un appartement ou une maison aménagé(e) pour les personnes handicapées
Q3	Environnement extérieur
Q4	Difficultés financières

SORTIE ET INFORMATIONS DE RETOUR

<i>Section R : Perspectives de sortie et état général</i>	
R1	Au moins un objectif de traitement atteint durant les 90 derniers jours
R2	Changement significatif de l'indépendance générale par rapport à il y a 90 jours
R3	Nombre d'AVQ parmi les 10 domaines (d'après G2) pour lesquelles la personne est passée d'indépendante à dépendante
R4	Nombre d'AIVQ parmi les 8 domaines (d'après G1) pour lesquelles la personne est passée d'indépendante à dépendante
R5	Date de début de l'événement ou du problème précipitant l'aggravation

<i>Section S : Informations de sortie</i>	
S1	Dernier jour de la prise en charge
S2	Destination à la sortie

<i>Section T : Information après une nouvelle prise en charge</i>	
T1	Date à laquelle le client est à nouveau pris en charge
T2	Lieu de résidence lors de l'évaluation

INFORMATIONS SUR L'ÉVALUATION

<i>Section S : Informations sur l'évaluation</i>	
S1	Signature de la personne ayant coordonné ou effectué l'évaluation
S2	Date où l'évaluation est signée comme complète