

BelRAI questions-types – LTCF 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'institution
A7	Contacts
A8	Raison de l'évaluation
A9	Date de référence pour l'évaluation
A10	Attentes déclarées par le résident et/ou la famille
A11	Temps depuis la dernière hospitalisation
A12	Commentaires

Section B : Admission et situation précédente

B1	Degré de contrôle que le résident a eu sur la décision d'entrer dans l'institution
B2	Date du début du séjour dans l'institution
B3	Scores à l'admission (score de Katz, BEL, ...)
B4	Langue principale et besoins associés aux convictions/croyances
B5	Lieu de vie avant l'admission/provenance
B6	Code postal du lieu de vie habituel
B7	Conditions de vie avant l'admission
B8	Histoire résidentielle dans les 5 années précédentes
B10	Commentaires

SANTE MENTALE

<i>Section B : Admission et situation précédente</i>	
B9	Santé mentale

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 résidant 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	Sens de l'implication
F3	Relations conflictuelles avec les autres
F4	Evénement stressant durant les 90 derniers jours
F5	Ressources personnelles
F6	Comportement vis-à-vis des soignants

<i>Section M : Poursuite des occupations</i>	
M1	Temps moyen consacré aux occupations
M2	Occupations préférées et participation
M3	Période d'éveil durant la journée

ETAT FONCTIONNEL ET CONTINENCE

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

<i>Section H : Continence</i>	
H1	Continence urinaire
H2	Moyen auxiliaire pour recueillir les urines
H3	Continence fécale
H4	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 N : Médicaments</i>	
N1	Liste de tous les médicaments
N2	Allergie médicamenteuse
N3	Attitude du résidant vis-à-vis des médicaments

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	Apport parentéral ou entéral
K5	Etat bucco-dentaire
K6	Evolution de l'appétit (durant le dernier mois)
K7	Régime alimentaire

PEAU

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

TRAITEMENTS ET PROGRAMMES

<i>Section O : Traitements et programmes</i>	
O1	Prévention
O2	Traitements et programmes reçus ou prévus durant les 3 derniers jours
O4	Recours à l'hospitalisation et au service d'urgence
O5	Visites médicales
O6	Prescriptions médicales

PRESTATIONS SPECIALISEES, MOYENS ET MESURES

<i>Section O : Traitements et programmes</i>	
O3	Service de rééducation/soins
O7	Mesures d'entrave et moyens auxiliaires

RESPONSABILITE ET MESURES

<i>Section P : Responsabilité/volonté</i>	
P1	Responsabilité de la personne
P2	Volontés

SORTIE ET INFORMATIONS DE RETOUR

<i>Section Q : Perspectives de sortie</i>	
Q1	Perspectives de sortie
Q2	Temps pendant lequel la personne est supposée rester dans l'établissement avant sa sortie

<i>Section R : Informations de sortie</i>	
R1	Dernier jour du séjour
R2	Destination à la sortie
R3	Prescription d'un service d'aide et soins à domicile

<i>Section S : Informations en cas de réadmission</i>	
S1	Jour de retour
S2	Lieu précédant la réadmission

INFORMATIONS SUR L'ÉVALUATION

<i>Section T : Informations sur l'évaluation</i>	
T1	Signature de la personne ayant coordonné l'évaluation
T2	Date où l'évaluation est signée comme complète