Guide de surveillance des résidents confinés

Association Nationale des Médecins Coordonnateurs et du Secteur Médico-social

Semaine : du _____/_____ au _____/_____ Année : _____

Nom Prénom: Chambre:

Dates	___/___/____		___/___/____		___/___/____		___/___/____		___/___/____		___/___/____		___/___/____	
Score	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1
Troubles du comportement ***(Refus, agressivité, apathie, violence, déambulation,…)***	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1
Troubles psychiatriques ***(Délires, hallucinations, état anxio-dépressifs,…)***	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1
Troubles Cognitifs ***(Désorientation dans le temps et dans l'espace, cohérence…)***	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1
Troubles du sommeil ***(Insomnie, hypersomnie, …)***	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1
Troubles alimentaires ***(Boulimie, anorexie,…)***	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1	☐ 0	☐ 1
Total **Si score > 2 = Urgence Réévaluation médicale et pluridisciplinaire**														