

### Analyse des grilles d'observations cliniques – SCPD – 7 jours

1) Analyse des heures où les comportements sont présents afin de voir si il y a une récurrence dans un ou des moment(s) de la journée

Date	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Nuit							Jour							Soir									

2) Analyse de la fréquence des comportements afin de mieux comprendre quel(s) comportement(s) est prioritaire à travailler.

<input type="checkbox"/> Crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se plaindre / être négatif	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manipuler des choses de manière incorrect / Cacher des objets / Amasser des objets	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Demander constamment l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Déchirer ou arracher des choses	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frapper / Griffes / Mordre / Donner des coups de pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lancer des choses	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Crie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avoir des comportements sexuels	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tente de fuir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/S de douleur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/>

3) Analyse des possibles éléments déclencheurs afin de tenter de travailler en prévention du comportement

<input type="checkbox"/> Sur/sous stimulation dans l'environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Besoin(s) de base compromis o Soif o Faim o Envie d'uriner ou d'aller à la selle o Constipation o Chaud / froid o Communication o Autre :	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Approche des intervenants (rigidité, indifférence, peur, etc)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Changement de personnel / changement de quart de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hallucinations o Visuelles o Auditives	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trop / pas assez d'intervenants autour du résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ennui / moment trop calme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cause physique ou physiologique o Douleur physique /articulaire o Douleur dentaire o S/S infection urinaire o S/S déshydratation o Plaie / blessure o Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre : o Absence de contrôle o Contention o Modification de la routine o Syndrome crépusculaire	<input type="checkbox"/>

4) Analyse de l'efficacité des intervention(s) tentée(s) afin de tenter de trouver la(les) intervention(s) qui fonctionne(nt) le mieux.

	Fréquence	Efficacité
<input type="checkbox"/> Besoin de base comblé <input type="radio"/> Amené à la toilette / changé <input type="radio"/> Nourriture donnée <input type="radio"/> Eau offerte <input type="radio"/> Appareils auditifs mis <input type="radio"/> Lunette mise <input type="radio"/> Réchauffé (veste ou autre) <input type="radio"/> Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Diversion <input type="radio"/> Activité occupationnelle <input type="radio"/> Sensorielle <input type="radio"/> Stimulation de la mémoire positive <input type="radio"/> Avec de la nourriture <input type="radio"/> Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Médication <input type="radio"/> Analgésique <input type="radio"/> Pour le comportement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Mesure de contrôle <input type="radio"/> Ceinture <input type="radio"/> Demi-porte ou porte barrée <input type="radio"/> Chimique <input type="radio"/> Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5) Résumé des interventions tentées et non efficaces :

---



---



---

6) Résumé des éléments importants de la grille d'observation clinique :

---



---



---



---



---

7) PTI et/ou PI ajusté  Oui  Non

Date : 20\_\_/\_\_/\_\_

Signature de l'intervenant ayant fait l'analyse : \_\_\_\_\_