

Grille d'observation clinique du : _____ au _____							
Raison(s) d'utilisation de la grille :							
Date	Heure de début Durée	Description du comportement		Nb d'intervenants Environnement Interactions	Conséquences sur le résident	Intervention(s) tentée(s)	Résultat
①	Heure : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Crache <input type="checkbox"/> Agressivité verbale <input type="checkbox"/> Demander constamment l'attention <input type="checkbox"/> Frapper / Griffes / Mordre / Donner des coups de pieds <input type="checkbox"/> Crier <input type="checkbox"/> Tente de fuir <input type="checkbox"/> Se plaindre / être négatif <input type="checkbox"/> Signes et symptômes de douleur (facies crispé, claudication, grimace, dos courbé, cris, etc)	<input type="checkbox"/> Manipuler des choses de manière incorrect / Cacher des objets / Amasser des objets <input type="checkbox"/> Déchirer ou arracher des choses <input type="checkbox"/> Lancer des choses <input type="checkbox"/> Avoir des comportements sexuels inappropriés <input type="checkbox"/> Se mutiler <input type="checkbox"/> Autre : _____	Nombre d'intervenant(s) présent : Environnement : <i>Luminosité</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Forte <i>Bruit</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fort <i>Température</i> <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Chaude Interaction(s) : <i>Niveau de contrôle du résident sur l'activité :</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense <i>SCPD lors d'un soin d'hygiène :</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Élément(s) déclencheur(s) / éval physique :</i> _____ _____	<input type="checkbox"/> Agitation motrice <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Blessure ou risque de blessure <input type="checkbox"/> Chute ou risque de chute <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Besoin comblé <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Diversion <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Médication <input type="checkbox"/> <i>Analgsique</i> <input type="checkbox"/> <i>Comportement</i> <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Mesure de contrôle <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Autre <i>Spécifiez :</i>	<input type="checkbox"/> Retour au calme à 100% <input type="checkbox"/> Retour au calme à 50% <input type="checkbox"/> Aucun retour au calme <input type="checkbox"/> Blessure (Spécifiez) <input type="checkbox"/> Autre : _____
②	Heure : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Crache <input type="checkbox"/> Agressivité verbale <input type="checkbox"/> Demander constamment l'attention <input type="checkbox"/> Frapper / Griffes / Mordre / Donner des coups de pieds <input type="checkbox"/> Crier <input type="checkbox"/> Tente de fuir <input type="checkbox"/> Se plaindre / être négatif <input type="checkbox"/> Signes et symptômes de douleur (facies crispé, claudication, grimace, dos courbé, cris, etc)	<input type="checkbox"/> Manipuler des choses de manière incorrect / Cacher des objets <input type="checkbox"/> Déchirer ou arracher des choses <input type="checkbox"/> Lancer des choses <input type="checkbox"/> Avoir des comportements sexuels inappropriés <input type="checkbox"/> Se mutiler <input type="checkbox"/> Autre : _____	Nombre d'intervenant(s) présent : Environnement : <i>Luminosité</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Forte <i>Bruit</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fort <i>Température</i> <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Chaude Interaction(s) : <i>Niveau de contrôle du résident sur l'activité :</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense <i>SCPD lors d'un soin d'hygiène :</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Élément(s) déclencheur(s) / éval physique :</i> _____ _____	<input type="checkbox"/> Agitation motrice <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Blessure ou risque de blessure <input type="checkbox"/> Chute ou risque de chute <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Besoin comblé <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Diversion <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Médication <input type="checkbox"/> <i>Analgsique</i> <input type="checkbox"/> <i>Comportement</i> <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Mesure de contrôle <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Autre <i>Spécifiez :</i>	<input type="checkbox"/> Retour au calme à 100% <input type="checkbox"/> Retour au calme à 50% <input type="checkbox"/> Aucun retour au calme <input type="checkbox"/> Blessure (Spécifiez) <input type="checkbox"/> Autre : _____

Grille d'observation clinique du : _____ au _____							
Raison(s) d'utilisation de la grille :							
Date	Heure de début Durée	Description du comportement		Nb d'intervenants Environnement Interactions	Conséquences sur le résident	Intervention(s) tentée(s)	Résultat
③	Heure : _____ Durée : _____	<input type="checkbox"/> Crache <input type="checkbox"/> Agressivité verbale <input type="checkbox"/> Demander constamment l'attention <input type="checkbox"/> Frapper / Griffes / Mordre / Donner des coups de pieds <input type="checkbox"/> Crier <input type="checkbox"/> Tente de fuir <input type="checkbox"/> Se plaindre / être négatif <input type="checkbox"/> Signes et symptômes de douleur (faciès crispé, claudication, grimace, dos courbé, cris, etc)	<input type="checkbox"/> Manipuler des choses de manière incorrect / Cacher des objets / Amasser des objets <input type="checkbox"/> Déchirer ou arracher des choses <input type="checkbox"/> Lancer des choses <input type="checkbox"/> Avoir des comportements sexuels inappropriés <input type="checkbox"/> Se mutiler <input type="checkbox"/> Autre : _____	Nombre d'intervenant(s) présent : Environnement : <i>Luminosité</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Forte <i>Bruit</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fort <i>Température</i> <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Chaude Interaction(s) : <i>Niveau de contrôle du résident sur l'activité :</i> <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense <i>SCPD lors d'un soin d'hygiène :</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Élément(s) déclencheur(s) / éval physique :</i> _____ _____	<input type="checkbox"/> Agitation motrice <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Blessure ou risque de blessure <input type="checkbox"/> Chute ou risque de chute <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Besoin comblé <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Diversion <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Médication <input type="checkbox"/> <i>Analgésique</i> <input type="checkbox"/> <i>Comportement</i> <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Mesure de contrôle <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> Autre <i>Spécifiez :</i>	<input type="checkbox"/> Retour au calme à 100% <input type="checkbox"/> Retour au calme à 50% <input type="checkbox"/> Aucun retour au calme <input type="checkbox"/> Blessure (Spécifiez) <input type="checkbox"/> Autre : _____
①	Notes / observations pertinentes	_____					_____
②		_____					_____
③		_____					_____