

ENREGISTRER



CP6920

Nom et prénom

Date de naissance

Numéro de dossier IUCPQ-UL

OUTIL DÉPISTAGE DE DÉTRESSE (ODD)

La détresse est une expérience désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement de la personne.

1. THERMOMÈTRE

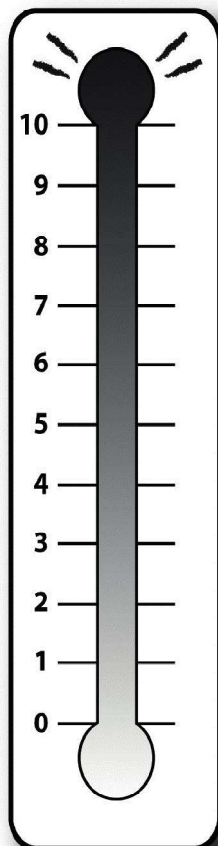
2. LISTE DE PROBLÈMES

Date :

Année	Mois	Jour

Comment évaluez-vous votre détresse **durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui ?** SVP encerclez un chiffre sur le thermomètre.

Détresse extrême



Aucune détresse

Cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème **durant la dernière semaine**, incluant aujourd'hui.

PRATIQUE

- Activités / tâches quotidiennes
- Finances
- Logement
- Me rendre aux rendez-vous
- Travail / études

SOCIAL / FAMILIAL

- Activités sociales / loisirs
- Me sentir comme un fardeau
- Me sentir seul(e)
- Préoccupations envers la famille / les amis

ÉMOTIONNEL

- Changer d'apparence
- Colère / frustration
- Intimité / sexualité
- M'adapter à la maladie
- Perte d'intérêt face à mes activités habituelles
- Peurs / inquiétudes
- Tristesse

SPIRITUEL

- Me questionner sur le sens / le but de ma vie
- Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances
- Questionnement face à la mort

INFORMATION

- Communiquer avec l'équipe soignante
- Comprendre la maladie et les traitements
- Connaître les ressources disponibles
- Prendre une décision face aux traitements

AUTRE : _____

HABITUDES DE VIE

- Activités physiques
- Consommation alcool / drogue
- Tabagisme

PHYSIQUE

- Difficulté de concentration/ mémoire
- Perte de poids
- Constipation ou diarrhée
- Douleur
- Maux de tête
- Essoufflement
- Toux
- Problème à avaler
- Ulcère dans la bouche
- Nausée ou vomissement
- Perte d'appétit
- Fatigue
- Sommeil / insomnie
- Confusion
- Difficulté à parler
- Étourdissement
- Perte équilibre / chute
- Bourdonnement / sifflement oreille
- Enflure bras / jambes
- Engourdissement / picotement
- Perte de cheveux
- Réaction cutanée peau

JE N'AI EU AUCUN PROBLÈME

Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes nommés ci-haut ? Oui Non J'en ai déjà

3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON MODIFIÉE

Cocher le chiffre qui décrit le mieux ce que **vous ressentez présentement**

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire douleur possible
Aucune fatigue <small>(fatigue = manque d'énergie)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire fatigue possible
Aucune somnolence <small>(sommolence = se sentir endormi)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire somnolence possible
Aucune nausée <small>(nausée = envie de vomir)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire nausée possible
Aucun manque d'appétit <small>(appétit normal ou habituel)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le pire manque d'appétit <small>(perte ou absence totale d'appétit)</small>
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le pire essoufflement possible
Aucune dépression <small>(dépression = se sentir triste)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire dépression possible
Aucune anxiété <small>(anxiété = se sentir nerveux)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La pire anxiété possible
Aucune difficulté de sommeil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Le pire sommeil possible
Meilleure sensation de bien-être <small>(Bien-être = comment vous vous sentez en général)</small>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aucune sensation de bien-être <small>(se sentir très mal)</small>

4. INFORMATION ET PRISE DE DÉCISION

Cocher le chiffre qui décrit le mieux:

Le **niveau d'information** que vous voulez recevoir sur votre état de santé.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne veux pas entendre parler de la maladie				Information de base			Je veux <u>tout savoir</u> concernant mon état de santé			

Le **niveau d'implication** que vous aimeriez avoir dans la **prise de décision** concernant vos soins

5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
Je prends seul la décision			Partager la décision				Le médecin prend la décision seul			

Prenez quelques temps pour réfléchir et notez les questions que vous aimeriez poser aux membre de l'équipe ou au médecin. De cette manière, nous pourrons mieux vous orienter vers les bonnes ressources et surtout nous pourrons mieux gérer le temps à vous offrir. L'infirmière vous aidera à cibler et formuler vos questions les plus importantes.

Notes du professionnel :

Révisé par : _____

Date :

Année	Mois	Jour