

AVQ - Renseignements complémentaires à la demande d'ÉVAQ

RECOMMANDATIONS :

- Compléter et faire suivre avec votre demande de transfert ÉVAQ
- Remettre original au pt avant son départ dans enveloppe avec **renseignements du matin (signes vitaux-médicaments)**
- Porter des vêtements adéquats pour la saison
- Donner les médicaments du matin si aucune contre-indication

Remettre au patient son profil médicamenteux incluant les RX du matin si donné (FADM)

Vaccin : Antigrippal Non Oui Date : _____ **AH1N1** Non Oui Date : ___ / ___ /

Mesure préventive à mettre en place : Gouttelettes Contact Contact/Gouttelettes Aériennes

AVQ	COMMENTAIRES
Diète	<input type="radio"/> Difficulté à s'alimenter <input type="radio"/> Difficulté à avaler <input type="radio"/> Tendance à s'étouffer <input type="radio"/> Gavage _____
Utilisation des toilettes	<input type="radio"/> Bassine <input type="radio"/> Urinal <input type="radio"/> Va à la toilette <input type="radio"/> Culotte d'incontinence <input type="radio"/> Stomie <input type="radio"/> Sonde en place
Transfert	<input type="radio"/> 1 intervenant <input type="radio"/> 2 intervenants <input type="radio"/> Autonome
Accessoire à la marche	<input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> Canne <input type="radio"/> Marchette <input type="radio"/> Béquille <input type="radio"/> Autres _____
Utilisation des escaliers	Capable de monter escalier pour monter à bord de l'avion <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide <input type="radio"/> Incapable

VOLET COMMUNICATION

- Vision adéquate : Oui Non (précisez) : _____
- Élocution adéquate : Oui Non (précisez) : _____ Sait lire : Oui Non
- Langue parlée : Français Anglais Autres (précisez) _____
- Audition adéquate Oui Non (précisez) : _____
- Bien orienté dans les 3 sphères Oui Non (précisez) : _____
- Agiter Agressif Perte de mémoire État confusionnel

Remarque :

PARAMÈTRES VITAUX AVANT LE DÉPART POUR L'AÉROPORT (Le matin du départ)

TA : / Pouls : Respiration : Saturation : Température : Glycémie si requis :

A pris sa médication usuelle : Oui Non Si non, inscrire raison : _____

A pris son déjeuner : Oui Non Si non, inscrire raison : _____

Remarque :

À compléter par l'infirmière d'ÉVAQ : Siège Fauteuil Civière Incubateur