

# MDS-HC Suisse

VERSION NOVEMBRE 2009

Etat durant les 3 derniers jours, sauf autre indication.

nom	prénom	N° dossier (interne) / numéro d'assuré
-----	--------	--

## A. DATE D'EVALUATION

<b>1 DEBUT DE LA DOCUMENTATION</b>			-		-			
	jour	mois	année					
<b>2 RAISON DE L'EVALUATION</b>	1 = première évaluation, à l'admission 2 = réévaluation (évaluation de suivi) 3 = changement de l'état de la cliente 4 = correction 5 = autre							
<b>3 Situation de la cliente</b>	<b>a Avec qui vit la cliente au moment de l'intervention du SAD?</b> 1 = seule 2 = avec conjoint 3 = avec conjoint et autres (enfants, parents, amis) 4 = avec enfants, sans conjoint 5 = avec autre membre de sa parenté 6 = vit en groupe avec des non-parents							
	<b>b Où vit la cliente au moment de l'intervention du SAD?</b> 1 = Domicile privé/appartement/appartement pour personnes âgées (sans précédente intervention du centre d'aide et de soins à domicile) 2 = Domicile privé/appartement/appartement pour personnes âgées (avec précédente intervention du centre d'aide et de soins à domicile) 3 = logements encadrés avec prestations de service 4 = maison de retraite médicalisée, EMS 5 = autre endroit							
	<b>c Séjour à l'hôpital</b> – La cliente a-t-elle été, dans les 90 derniers jours, à l'hôpital ou dans une clinique? 0 = Non, pas de séjour à l'hôpital dans les 90 derniers jours 1 = Oui, sortie au cours des 31-90 derniers jours 2 = Oui, sortie au cours des 8-30 derniers jours 3 = Oui, sortie au cours des 7 derniers jours							
<b>SECTION A. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>								
.....								
.....								

## B. ETAT COGNITIF

<b>1 MÉMOIRE ET CAPACITÉ DE RAPPEL</b> - Coder le souvenir de ce qui a été appris ou était connu 0 = mémoire OK 1 = problème de mémoire	
a. mémoire à court terme = semble se souvenir au bout de 5 minutes	
b. mémoire procédurale = accomplit toutes ou la plupart des étapes d'une tâche sans indication pour les commencer	
<b>2 FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES</b> - Comment la cliente prend-elle ses décisions pour organiser sa journée? (par ex., l'heure de se lever, de manger, les habits à porter ou les activités à accomplir) 0 = INDEPENDANTE - décisions logiques, raisonnables et sûres 1 = INDEPENDANCE ALTEREE - Quelques difficultés dans situations nouvelles uniquement 2 = LEGEREMENT DEFICIENTE - dans situations particulières, décisions pauvres ou risquées, a besoin d'indications ou de surveillance 3 = MOYENNEMENT DEFICIENTE - Décisions presque toujours pauvres ou risquées ; a besoin d'indications/surveillance continue 4 = GRAVEMENT DEFICIENTE - Ne prend pratiquement jamais de décisions	
<input checked="" type="checkbox"/> si B2 = 0 ou 1, sautez à C1	

## 3 SIGNES D'ETAT CONFUSIONNEL (DELIRIUM)

0 = comportement pas observé 1 = comportement observé, mais n'est pas nouveau (comportement habituel) 2 = comportement observé, mais qui diffère du comportement habituel (p.ex. comportement nouveau ou détérioration)	
a. FACILEMENT DISTRAIT (p.ex. difficulté de concentration, dévie de son sujet)	
b. EPISODES DE DISCOURS INCOHERENT (p.ex. discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique)	
c. FONCTIONS MENTALES VARIANT EN COURS DE JOURNEE (p.ex. tantôt mieux, tantôt pire, comportement tantôt présent, tantôt absent)	
<b>4 CHANGEMENT AIGU DES CAPACITES COGNITIVES EN COMPARAISON AVEC L'ETAT HABITUEL DE LA CLIENTE</b> – par ex. agitation, léthargie, difficile à réveiller, perception modifiée de l'environnement 0 = non 1 = oui	
<b>5 CHANGEMENT DES FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES DANS LES 90 DERNIERS JOURS</b> (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI CELLE-CI EST PLUS RECENTE) 0 = amélioré 2 = détérioré 1 = pas de modification 8 = ambigu	
<b>SECTION B. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>	
.....	
.....	

## C. COMMUNICATION / AUDITION

<b>1 SE FAIRE COMPRENDRE</b> La cliente se fait-elle comprendre par les autres? 0 = EST COMPRISE 1 = EST GENERALEMENT COMPRISE – difficultés à trouver ses mots et aller au bout de sa pensée ; mais si on laisse du temps, peu ou pas d'aide requise 2 = EST SOUVENT COMPRISE – difficulté à trouver les mots et aller au bout de la pensée ; aide en général nécessaire 3 = EST PARFOIS COMPRISE – capacité limitée à l'expression de demandes concrètes 4 = RAREMENT OU JAMAIS COMPRISE	
<b>2 CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES</b> 0 = COMPREND 1 = COMPREND SOUVENT - PAS TOUJOURS TOUTE LA SIGNIFICATION DE L'INFORMATION 2 = COMPREND PARFOIS - UNIQUEMENT DES DIRECTIVES ET DES QUESTIONS SIMPLES 3 = COMPREND RAREMENT OU JAMAIS	
<b>3 AUDITION</b> (Avec appareil auditif, si utilisé, la cliente ...) 0 = ENTEND BIEN – (conversation, T.V., téléphone, sonnette) 1 = DIFFICULTES MINIMES – dans un environnement bruyant 2 = N'ENTEND QUE DANS DES SITUATIONS PARTICULIERES. L'interlocuteur doit modifier le ton et articuler 3 = ATTEINTE GRAVE – n'entend pratiquement rien	
<b>SECTION C. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>	
.....	
.....	

<b>D. VISION</b>	
<b>1 VISION</b> - Capacité de voir, dans une lumière adéquate et avec lunettes, si utilisées	
<b>0 = BONNE.</b> Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres	
<b>1 = LEGEREMENT DEFICIENTE.</b> Ne lit que les gros caractères des journaux/livres	
<b>2 = MOYENNEMENT DEFICIENTE.</b> Vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets	
<b>3 = TRES DEFICIENTE.</b> Semble suivre les objets des yeux, mais on ne sait pas si elle les reconnaît	
<b>4 = GRAVEMENT ATTEINTE.</b> Ne voit rien ou ne distingue que la lumière, les couleurs ou les formes. Ne suit pas les objets des yeux.	
<b>SECTION D. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>	
.....	
.....	
.....	

<b>SECTION E. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>	
.....	
.....	
.....	

<b>E. HUMEUR ET COMPORTEMENT</b>	
<b>1 SIGNES DE DEPRESSION, D'ANXIETE OU DE TRISTESSE</b>	
<b>0 = pas manifestés dans les 3 derniers jours</b>	
<b>1 = manifestés, mais pas dans les 3 derniers jours</b>	
<b>2 = manifestés dans les 3 derniers jours</b>	
<b>9 = la cliente ne répond pas</b>	
a. tient des propos négatifs	
b. colère continuelle envers soi-même ou envers les autres	
c. expressions de craintes paraissant non fondées	
d. plaintes somatiques répétées	
e. visage exprimant tristesse, douleur, inquiétude	
<b>2 COMPORTEMENT PROBLEMATIQUE</b>	
<b>0 = non manifesté dans les 3 derniers jours</b>	
<b>1 = manifesté, mais facilement maîtrisé</b>	
<b>2 = manifesté et difficilement maîtrisé</b>	
<b>9 = la cliente ne répond pas</b>	
a. déambulation/errance	
b. agressivité verbale	
c. agressivité physique	
d. comportement socialement inapproprié	
e. résistance aux soins	

<b>F. FONCTION SOCIALE</b>	
<b>1 RELATIONS SOCIALES</b>	
Quand les activités suivantes ont-elles été effectuées?	
<b>0 = dans les 7 derniers jours</b>	
<b>1 = dans le dernier mois</b>	
<b>2 = auparavant ou pas du tout</b>	
<b>9 = la cliente ne répond pas</b>	
a. Hobby ou activités liées à des intérêts de longue date	
b. Reçoit la visite d'amis ou membres de la famille	
c. Contacts par téléphone ou e-mail avec des amis ou parents	
<b>2 CHANGEMENT DANS LES ACTIVITES SOCIALES</b>	
Par rapport à il y a <b>3 mois</b> , y a-t-il eu une diminution de l'implication dans des activités habituelles (sociales, religieuses, de loisir ou autres)?	
<b>0 = pas de diminution des activités sociales</b>	
<b>1 = diminution, la cliente n'en souffre pas</b>	
<b>2 = diminution, la cliente en souffre</b>	
<b>9 = la cliente ne répond pas</b>	
<b>3 RELATIONS CONFLICTUELLES</b>	
La cliente exprime ouvertement un conflit ou de la colère vis-à-vis de la famille ou des amis	
<b>0 = non 1 = oui 9 = la cliente ne répond pas</b>	
<b>4 SOLITUDE</b>	
La cliente dit ou indique qu'elle se sent seule	
<b>0 = non 1 = oui 9 = la cliente ne répond pas</b>	

<b>SECTION F. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>	
.....	
.....	
.....	

<b>G. AIDE DE L'ENTOURAGE</b>			
<b>1 EXISTE-T-IL UN/DES AIDANTS PRINCIPAUX?</b> 0 = aucun aidant 1 = un ou plusieurs aidants <input checked="" type="checkbox"/> si G1=0, sautez à la section H			
<b>2 SITUATION DES AIDANTS</b>			
<b>0 = ne s'applique pas 1 = s'applique</b>			
a. Le (les) aidant(s) ne peut plus continuer son aide			
b. Le (les) aidant(s) exprime des sentiments de fardeau familial, colère ou dépression			
<b>3 AIDE DONNEE</b> - Notez ci-dessous les renseignements et le nb d'heures concernant l'aide donnée au cours des 7 derniers jours (ne comptez que l'aide pour les AVQ, les soins infirmiers et la gestion des médicaments, sans l'aide aux autres AIVQ)			
Nom de l'aidant informel	Relation avec la cliente	Nature de l'aide ou autre information utile	Nb. heures/semaine
a. ....	b. ....	c. ....	d. ....
e. ....	f. ....	g. ....	h. ....
i. ....	j. ....	k. ....	l. ....
<b>SECTION G. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES :</b>			
.....			
.....			



<b>I. CONTINENCE dans les 3 derniers jours (suite)</b>	
<b>3 MOYENS DE PROTECTION</b>	
0 = non                      1 = oui	
a. sonde urinaire à demeure avec collecteur d'urine (y.c. sus-pubienne)	
b. sonde urinaire à demeure avec valve anti reflux	
c. Penilex	
d. cystostomie, néphrostomie, ureterostomie	
e. stomie intestinale	
f. protections (p. ex.: couches, serviettes hygiéniques)	
<b>SECTION I. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

<b>J. DIAGNOSTICS MEDICAUX</b>	
<b>1 LES DIAGNOSTICS NECESSITANT DES SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT A L'HEURE ACTUELLE, SONT-ILS RECONNUS?</b>	
0 = non                      1 = oui	
<input checked="" type="checkbox"/> si J1 = 0, sautez à K	
<b>1a. Diagnostic de maladies affectant actuellement l'état de santé de la cliente et influençant le besoin en aide et soins.</b>	
1. ....	
2. ....	
3. ....	

<b>K. PROBLEMES DE SANTE</b>	
<b>1 PROBLEMES DE SANTE</b>	
0 = PAS PRESENT	
1 = PRESENT, MAIS PAS DANS LES 3 DERNIERS JOURS	
2 = PRESENT DANS LES 3 DERNIERS JOURS	
a. diarrhée	
b. constipation	
c. difficulté à uriner, ou urine ≥ 3x/nuit	
d. perte d'appétit	
e. vomissements	
f. vertiges ou étourdissements	
g. œdème périphérique	
h. difficultés d'endormissement et à dormir de façon continue - réveil trop précoce, anxiété, sommeil non réparateur	
i. Trop de sommeil - sommeil excessif qui limite le fonctionnement normal de la personne	
j. idées délirantes (qui influencent le comportement quotidien)	
k. hallucinations (qui influencent le comportement quotidien)	
<b>2 Dyspnée</b>	
0 = PAS PRÉSENTE	
1 = PRÉSENTE UNIQUEMENT LORS D'EFFORT MOYEN	
2 = PRÉSENTE LORS D'EFFORTS QUOTIDIENS LEGERS	
3 = PRÉSENTE AU REPOS	

<b>3 FATIGUE</b>	
0 = NON	
1 = LÉGÈRE - BAISSÉ D'ÉNERGIE; EFFECTUE TOUT DE MÊME SES ACTIVITÉS HABITUELLES	
2 = MOYENNE - N'EST PAS CAPABLE À CAUSE D'UNE PERTE D'ÉNERGIE, D'EFFECTUER SES ACTIVITÉS HABITUELLES JUSQU'AU BOUT.	
3 = IMPORTANTE - EST INCAPABLE À CAUSE D'UNE PERTE D'ÉNERGIE DE COMMENCER QUELQUES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES NORMALES	
4 = INCAPACITÉ À CAUSE D'UNE PERTE D'ÉNERGIE, DE COMMENCER TOUTE ACTIVITÉ QUOTIDIENNE HABITUELLE	
<b>4 DOULEURS</b>	
a. FREQUENCE à laquelle la cliente se plaint ou manifeste des signes de douleur au cours des 3 derniers jours	
0 = pas de douleur	
1 = douleur présente, mais pas dans les 3 derniers jours	
2 = douleur présente 1 ou 2 jours	
3 = douleur quotidienne	
b. INTENSITE DE LA DOULEUR	
0 = pas de douleur	
1 = douleurs légères	
2 = douleurs moyennes	
3 = douleurs fortes	
4 = périodes de douleur atroce ou intolérable	
c. CONTROLE DES DOULEURS – DU POINT DE VUE DE LA CLIENTE: LES DOULEURS SONT-ELLES MAITRISE PAR LES MEDICAMENTES?	
0 = n'est pas adéquat lorsque aucune douleur	
1 = douleurs suffisamment maîtrisées ; pas d'adaptation nécessaire de la thérapie	
2 = des douleurs sont présentes mais les médicaments ne sont pas pris	
3 = douleurs insuffisamment maîtrisées, adaptation nécessaire de la thérapie	
<b>5 CHUTES</b>	
La cliente a-t-elle chuté dans les 3 derniers mois (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente)	
0 = non                      1 = oui	
<b>6 RISQUE DE CHUTES</b>	
0 = non                      1 = oui	
a. démarche instable	
b. la cliente restreint ses sorties à l'extérieur de peur de tomber	
<b>7 HABITUDES DE VIE</b>	
0 = non                      1 = oui                      9 = la cliente ne répond pas	
a. dans les 3 DERNIERS MOIS, la cliente buvait un verre dès son réveil le matin ou a eu des problèmes liés à l'alcool?	
b. la cliente fume quotidiennement	
<b>8 AUTRES INDICATEURS DE L'ETAT DE SANTE</b>	
0 = non                      1 = oui	
a. hygiène déplorable inusitée	
b. blessures inexpliquées (fractures, bleus)	
c. contrainte physiquement (p.ex. immobilisé assis sur sa chaise, contention des membres, utilisation de barrières/barreaux de lit)	
<b>SECTION K. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

L. ETAT NUTRITIONNEL, HYDRATATION			
1	<b>TAILLE ET POIDS</b>	a. taille (cm)	b. poids (kg)
2	<b>PRISE DE LIQUIDE/NOURRITURE</b> 0 = non 1 = oui		
	a. La cliente <b>n'a pas pris ou a pris trop peu</b> de liquides (< 1000 ml/jour) dans les 3 derniers jours		
	b. La cliente <b>n'a pas mangé de repas ou en a mangé seulement un</b> au moins 2 jours dans les 3 derniers jours		
3	<b>DÉGLUTITION</b> 0 = NORMAL – AVALE TOUTES LES SORTES DE NOURRITURE 1 = REQUIERT DES MODIFICATIONS DES ALIMENTS SOLIDES POUR LES AVALER (PAR EX. HACHÉE, BROYÉE) 2 = REQUIERT DES MODIFICATIONS POUR AVALER LES ALIMENTS SOLIDES ET LIQUIDES (PAR EX. BROYÉE, LIQUIDE ÉPAISSIS) 3 = ALIMENTATION COMBINÉE PAR VOIE ORALE E PAR SONDE 4 = AUCUNE ALIMENTATION ORALE		
4	<b>RÉGIME DIETETIQUE</b> 0 = non 1 = oui		
5	<b>ÉTAT BUCCO-DENTAIRE</b> problème quelconque de la bouche, des dents (douleur, bouche sèche, mastication difficile, dents cariées) 0 = non 1 = oui (problèmes présents)		
6	<b>PERTE DE POIDS</b> perte de poids de 5% ou plus dans le dernier mois, ou de 10% ou plus dans les 6 derniers mois 0 = non 1 = oui		
<b>SECTION L. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>			
.....			
.....			
.....			

M. PROBLEMES DE LA PEAU ET DES PIEDS			
1	<b>PROBLEME DE PEAU</b> Tout problème ou changement de l'état de la peau? (escarre, brûlures, lésions, plaie, rougeur, démangeaisons, poux, gale, ...) 0 = non 1 = oui		
<input checked="" type="checkbox"/> si M1 = 0, sautez à M4			
2	<b>ESCARRES</b> Présence d'une (plusieurs) escarre(s) n'importe où sur le corps. Codez le stade le plus avancé : <b>stade 1</b> zone de rougeur persistante (peau intacte) qui ne disparaît pas si la pression est levée <b>stade 2</b> perte partielle des couches de la peau, abrasion, cratère superficiel <b>stade 3</b> altération complète de la peau (cratère profond) qui peut envahir les tissus adjacents <b>stade 4</b> lésions de la peau et des tissus sous-cutanés exposant le muscle ou l'os.		
3	<b>AUTRES PROBLEMES DE LA PEAU</b> 0 = non 1 = oui		
	a. <b>ulcère de stase (veineux)</b> , causé par une circulation veineuse réduite		
	b. <b>ulcère de stase (artériel)</b> , causé par une circulation artérielle réduite		
	c. <b>autres lésions</b> (plaies chirurgicales, brûlures 2-3° degrés, coupures, déchirures)		
	d. <b>Autres problèmes cutanés</b> (intertrigo, herpès, eczéma, rougeurs, hématomes p.ex.)		

4	<b>PROBLEME DES PIEDS</b> Problèmes quelconques aux pieds (cors, déformations, douleurs, infections, p.ex.) 0 = non 1 = oui		
<b>SECTION M. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>			
.....			
.....			
.....			
.....			

N. EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE			
1	<b>LOGEMENT HABITAT</b> Le logement de la cliente et ses alentours sont-ils inhabitables ou dangereux? (p.ex. : éclairage, chauffage, sols, tapis, salle de bain et WC, cuisine, accessibilité du logement, des chambres) 0 = non 1 = oui		
<b>SECTION N. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>			
.....			
.....			
.....			

O. UTILISATION DE SERVICES PROFESSIONNELS			
1	<b>SERVICES PROFESSIONNELS</b> Durant les 7 derniers jours, la cliente a-t-elle reçu à la maison les prestations d'un des professionnels suivants? 0 = non 1 = oui, mais prestation terminée 2 = oui, prestation en cours		
	a.	aide familiale, aide soignante	
	b.	infirmière	
	c.	aide ménagère.	
	d.	repas à domicile	
	e.	bénévoles	
	f.	kiné (physio) – ergo - logothérapie	
	g.	centre ou hôpital ou foyer de jour	
	h.	travailleur social	
	i.	autre : .....	
2	<b>TRAITEMENT PRESCRIT</b> Le médecin a-t-il prescrit des traitements? 0 = non 1 = oui, par un médecin installé 2 = oui, par un médecin hospitalier		
<b>SECTION O. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES</b>			
.....			
.....			
.....			

P. MEDICAMENTS	
<b>1 NOMBRE DE MEDICAMENTS</b> Nombre de médicaments (différents groupes de substances), (médication prescrite ou prise par soi-même) qui ont été utilisés <b>dans les 7 derniers jours.</b> <i>0 = si aucun sinon: codez le nombre</i>	
<b>☒ si P1 = 0, sautez à la SECTION Q</b>	
<b>2 PRÉPARATION</b>	
a. Qui a la charge de préparer les médicaments? <i>0 = le client</i> <i>1 = le SAD</i> <i>2 = autres</i>	
b. Si 2a=1: Combien de fois le SAD prépare t-il les médicaments? <i>1 = chaque jour</i> <i>2 = chaque semaine</i> <i>3 = autre</i>	
<b>3 LISTE DES MEDICAMENTS</b> <i>1 = Une liste actualisée des médicaments avec dosage existe</i> <i>2 = Il faut établir une liste des médicaments avec dosage (voir feuille annexe)</i> <i>3 = Une liste des médicaments n'est pas nécessaire</i>	
<b>4 MEDICAMENTS-INCOMPATIBILITES</b> <i>0 = pas connues 1 = connues (voir annexe)</i>	
<b>5 MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET ANALGÉSQUES – pris durant les 7 derniers jours</b> <i>0 = non 1 = oui</i>	
a. antipsychotique (neuroleptiques)	
b. anxiolytiques	
c. antidépresseurs	
d. hypnotiques	
e. analgésiques	
<b>6 FIABILITE OBSERVANCE – Durant les 7 derniers jours, la cliente a-t-elle pris ses médicaments comme prescrits par le médecin (y.c. les jours où le service n'intervient pas)</b> <i>0 = oui, toujours</i> <i>1 = à 80% du temps ou plus</i> <i>2 = à moins de 80% du temps (y.c. le fait de ne pas avoir acheté les médicaments prescrits)</i>	
<b>7 SUIVI MÉDICAL DES MÉDICAMENTS</b> Dans les <b>6 derniers mois</b> un médecin / un pharmacien a-t-il vérifié l'ensemble des médicaments pris par la cliente? <i>0 = La totalité des médicaments a été discutée au moins avec un médecin/un pharmacien</i> <i>1 = La totalité des médicaments n'a pas été contrôlée par un médecin/un pharmacien</i>	

SECTION P. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES
.....
.....
.....

Q. EVALUATION D'ENSEMBLE	
<b>1 ETAT DE SANTE – Si on le lui demande, la cliente dit qu'elle se sent en mauvaise santé.</b> <i>0 = non 1 = oui</i>	
<b>2 CHANGEMENT GLOBAL DU DEGRÉ D'INDÉPENDANCE (ne remplir que lors d'une réévaluation)</b> L'autonomie de la cliente a-t-elle changé par rapport il y a 3 mois (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente)? <i>0 = amélioré</i> <i>1 = pas de modification</i> <i>2 = détérioré</i>	
<b>3 ATTEINTE d'objectifs (ne remplir que lors d'une réévaluation)</b> Un ou plusieurs objectifs de soins ont-ils été atteints dans les 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation)? <i>0 = non 1 = oui</i>	

SECTION Q. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES
.....
.....
.....

R. RESPONSABILITES, DIRECTIVES	
<b>1 RESPONSABILITES</b> Le client a un représentant légal (tuteur, curateur) <i>0 = non 1 = oui 9 = la cliente ne répond pas</i>	
<b>2 DIRECTIVES ANTICIPEES</b> Le client a exprimé des volontés pour l'avenir (p.ex. : ne veut pas être hospitalisé, ou placé en institution) <i>0 = non</i> <i>1 = oui</i> <i>8 = non pertinent pour la situation</i> <i>9 = la cliente ne répond pas</i>	

SECTION R. REMARQUES SUPPLEMENTAIRES
.....
.....
.....

S: INFORMATIONS SUR EVALUATION										
Date à laquelle la évaluatrice atteste que l'évaluation et terminée	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>jour</td> <td>mois</td> <td colspan="2">année</td> </tr> </table>					jour	mois	année		Signature de la personne ayant clôturé le MDS-HC: .....
jour	mois	année								
Date	Signature de la responsable du MDS-HC		Fonction							
.....	.....		.....							
Date	Signature		Fonction							
.....	.....		.....							

