

---

# DOCUMENT MÉDICO-SOCIAL DE TRANSMISSION

## VERSION 3.1

### MODE D'EMPLOI – VERSION FÉVRIER 2019

---

#### SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>II. CHAMPS ET RUBRIQUES DU DMST .....</b>	<b>3</b>
<b>0. DONNEES D'ENTETE DU DOCUMENT .....</b>	<b>3</b>
<b>1. DONNEES PERSONNELLES.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ASSURANCES .....</b>	<b>4</b>
<b>3. ASSURANCE(S) SOCIALE(S).....</b>	<b>4</b>
<b>4. ACTIVITE LUCRATIVE .....</b>	<b>5</b>
<b>5. MESURES.....</b>	<b>5</b>
<b>6. RESEAU.....</b>	<b>6</b>
<b>7. CONNAISSANCE DE LA PERSONNE .....</b>	<b>6</b>
<b>8. AVQ – ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE .....</b>	<b>7</b>
<b>9. AIVQ – ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE .....</b>	<b>9</b>
<b>10. MOBILITE .....</b>	<b>11</b>
<b>14. BILAN DE SANTE AU MOMENT DE L'EVALUATION (SOMATIQUE ET PSYCHIQUE) .....</b>	<b>15</b>
<b>15. SPECIALISTES .....</b>	<b>15</b>
<b>16. TRAITEMENTS ET SOINS .....</b>	<b>16</b>
<b>17. TRANSFERT .....</b>	<b>17</b>
<b>18. INVENTAIRE.....</b>	<b>17</b>
<b>19. VALIDATION .....</b>	<b>17</b>

# I. INTRODUCTION

## Généralités

1. Le **Document Médico-Social de Transmission (DMST)** version 3.1 remplace le document médico-social de transmission version 2.

Il est destiné à faciliter la transmission des informations nécessaires à la prise en charge médico-sociale lors d'un transfert. Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, le contact direct (téléphonique ou email) entre les différentes parties reste d'actualité.

2. Ce document doit être établi pour **tous les patients** faisant l'objet d'une prise en charge médico-sociale impliquant une équipe pluridisciplinaire (autre que la famille et/ou le médecin traitant), c'est-à-dire notamment en cas de demande d'admission en soins aigus, soins à domicile ou encore pour un hébergement en court ou long séjour.
3. Le patient peut prendre connaissance à tout moment du contenu du DMST, son accord doit lui être demandé et accepté avant de transmettre le DMST à des tiers.
4. La transmission du document doit s'accompagner de mesures concrètes assurant la confidentialité des données qu'il contient.

A cette fin, les différentes parties mettent tout en œuvre pour garantir la confidentialité des données médico-sociales (emplacement des documents, devoir de discrétion pour toutes les personnes y ayant accès, etc.).

## Aspects pratiques

1. Le DMST est un document à renseigner de façon complète, lisible et sans abréviation.
2. Le mode d'emploi du DMST définit les éléments à renseigner pour chaque rubrique du DMST.
3. Un nouveau document est établi à chaque transfert du patient.
4. En principe, le DMST accompagne le patient lors de son transfert. Si cela s'avère impossible, il est acheminé par voie électronique sécurisée, par fax ou par courrier si possible avant le transfert.
5. Toutes les données nécessaires pour le destinataire doivent être complétées pour autant qu'elles soient à disposition de l'institution émettrice (au niveau du système d'information, de documents au format papier, etc.).
6. Le DMST doit être accompagné de tout autre document susceptible de faciliter le transfert (par exemple, dans le cas d'un hébergement, le DMST est accompagné du DMT « Document Médical de Transmission », celui-ci est renseigné par le médecin).

## II. Champs et rubriques du DMST

0. DONNEES D'ENTETE DU DOCUMENT		
0.1	Adressé par	Le nom de l'établissement émetteur et l'identité de la personne de contact.
0.2	A (destinataire)	Le nom de l'établissement récepteur et l'identité de la personne de contact (si connu).
0.3	Le	Date de l'envoi du document.
0.4	N° de tél.	Numéro de téléphone, numéro de fax et adresse email de la personne émettrice.
0.5	N° de fax	
0.6	Email	
0.7	Avant le transfert, la personne a été prise en charge du ... au ...	Explicite
0.8	Motif de ce DMST	Explicite. <b>Attention, ce champ ne doit pas contenir d'informations médicales ou de diagnostic médical.</b>

1. DONNEES PERSONNELLES		
1.1	Nom	Nom du patient transféré.
1.2	Prénom	Prénom du patient transféré.
1.3	Sexe	Homme / Femme / Autre.
1.4	Etat civil	Célibataire / Marié(e) / Veuf(ve) / Divorcé(e) / Partenaire enregistré / Partenariat dissout / Partenariat lié / Séparé(e) / Autre.
1.5	Date de naissance	Date de naissance.
1.6	Adresse du domicile	Adresse de domicile du patient.
1.7	Case « sans domicile fixe »	Cocher si nécessaire.
1.8	Téléphone principal	Numéro de téléphone du patient.
1.9	Téléphone secondaire	Numéro de téléphone du patient.
1.10	N° AVS	Numéro AVS.
1.11	Nationalité	Nationalité du patient.
1.12	Origine	Pays d'origine ou commune d'origine (si le patient est d'origine suisse).
1.13	Permis de séjour / d'établissement	Cocher la case correspondante : B : Autorisation de séjour C : Autorisation d'établissement F : Etrangers admis provisoirement N : Requérants d'asile NEM : Requérants d'asiles déboutés Sans permis
1.14	Email	Adresse email du patient.
1.15	Langue maternelle	Explicite.
1.16	Religion / Confession	Explicite

1.17	Communication en français	Cocher la case correspondante (bonne / difficultés). Zone de texte réservée aux commentaires.
1.18	Enfant(s) mineur(s) à charge	Cocher la case correspondante (non / oui, système de garde). Zone de texte réservée aux commentaires.
1.19	Directives anticipées	Cocher la case correspondante (non / oui / inconnu du professionnel / en annexe / déposées auprès de). Zone de texte réservée aux commentaires.
1.20	Mandat pour inaptitude	Cocher la case correspondante (non / oui / inconnu du professionnel / en annexe / déposées auprès de). Zone de texte réservée aux commentaires.
1.21	Plan de crise conjoint	Cocher la case correspondante (non / oui / A envisager entre les différents partenaires).

<b>2. ASSURANCES</b>		
2.1	Maladie (Caisse)	Nom de la caisse maladie.
2.2	Maladie (N° assuré)	Numéro d'assuré du patient dans sa caisse maladie.
2.3	Accident (Caisse)	Nom de la caisse accident.
2.4	Accident (N° assuré)	Numéro d'assuré du patient dans sa caisse accident.
2.5	Complémentaire (Caisse)	Nom de la caisse complémentaire.
2.6	Complémentaire (N° assuré)	Numéro d'assuré du patient dans sa caisse complémentaire.

<b>3. ASSURANCE(S) SOCIALE(S)</b>		
3.1	RI	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel).
3.2	AVS	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel).
3.3	AI	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel). Zone de texte réservée au type d'AI.
3.4	LPP	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel).
3.5	PC	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel).
3.6	RFM	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel).
3.7	API	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel).
3.8	OVAM	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel).
3.9	Autres	Cocher la case correspondante (non / oui / démarche en cours / inconnu du professionnel). Zone de texte réservée aux commentaires.

<b>4. ACTIVITE LUCRATIVE</b>		
4.1	Profession	Profession du patient.
4.2	Employeur actuel	Employeur actuel du patient.
4.3	Taux d'occupation	Taux d'activité du patient.
4.4	Chômage	Cocher la case correspondante (non / oui, depuis le). Zone de texte réservée à la date de début de chômage.
4.5	Arrêt de travail	Zone de texte réservée à la date de début d'arrêt de travail.
4.6	%	Pourcentage d'arrêt de travail.
4.7	Par qui	Nom du professionnel qui a délivré l'arrêt de travail.

<b>5. MESURES</b>		
5.1	Mandat judiciaire	Cocher la case correspondante (non / oui, préciser l'article). Zone de texte réservée à l'article pour le mandat judiciaire.
5.2	Curatelle	Cocher la case correspondante (non / oui, de type / accompagnement / représentation / coopération / portée générale).
5.3	PLAFA	Cocher la case correspondante (non / oui / annexe / démarches en cours / inconnu du professionnel).
5.4	Date de la demande de PLAFA	Explicite.
5.5	Date de décision PLAFA	Explicite.
5.6	PLAFA demandé par	Nom de la personne qui a formulé la demande de PLAFA.
5.7	Date d'entrée en vigueur PLAFA	Explicite
5.8	Mesures ambulatoires	Cocher la case correspondante (non / oui). Zone de texte réservée au nom du médecin en charge de la MA.
5.9	Protocole mesures de contrainte	Cocher la case correspondante (non / oui / annexe / non / oui).

<b>6. RESEAU</b>		
<b>FAMILLE, ENTOURAGE &amp; PROCHES AIDANTS</b>		
6.1	Nom	Explicite.
6.2	Prénom	Explicite.
6.3	Lien avec la personne	Inscrire le lien de parenté ou de proximité avec le patient.
6.4	Adresse du domicile	Explicite.
6.5	Téléphone / Email	Explicite.
6.6	Rôle	Préciser le rôle de la personne envers le patient.
6.7	Contact urgence	Cocher la case si la personne est définie comme le contact d'urgence.
6.8	Vit avec la personne	Cocher la case si le patient vit avec la personne de contact.
<b>PROFESSIONNELS</b>		
6.9	Nom	Explicite.
6.10	Prénom	Explicite.
6.11	Rôle	Préciser le rôle du professionnel envers le patient.
6.12	Adresse	Explicite.
6.13	Téléphone	Explicite.
6.14	Commentaires	Explicite.

Il est possible d'inscrire plusieurs contacts pour famille, entourage, proches aidants et les professionnels

<b>7. CONNAISSANCE DE LA PERSONNE</b>		
7.1	Date de l'évaluation	Explicite.
7.2	Parcours de vie	Ensemble des informations sociales qui permettent une prise en charge « globale » du patient. Il s'agit notamment du contexte de l'hospitalisation, du parcours institutionnel, des faits marquants, des habitudes de vie, des besoins, des ressources personnelles, des loisirs et activités, etc.
7.3	Habitat	Description des barrières architecturales à l'intérieur de l'habitat et au niveau des abords immédiats, des étages, des moyens auxiliaires utilisés, des animaux domestiques, des itinéraires et des accès à l'habitation, etc.
7.4	Problématiques	Description du contexte psychosocial de la personne, épuisement des proches aidants, contexte familial, problème de ressource, de matériel, etc.
7.5	Projet de la personne	Décrire le projet souhaité par le patient. Ce champ doit être rempli par la personne concernée ou le représentant thérapeutique.

8. AVQ – ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE		
8.1	<p>S'alimenter - boire *</p> <p>Comment la personne mange et boit (indépendamment de son habileté). Comprend se nourrir par n'importe quel moyen (par exemple nourriture par sonde, par voie parentérale totale).</p>	<p><b>0. INDÉPENDANCE</b> Aucune aide physique, préparation ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>1. INDÉPENDANCE AVEC AIDE POUR LA PRÉPARATION SEULEMENT</b> Une fois l'objet ou le dispositif placé à portée de main, aucune aide physique ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>2. SUPERVISION</b> Surveillance ou indications requises</p> <p><b>3. AIDE LIMITÉE</b> Aide physique pour guider les mouvements des membres ou guidance physique sans soutien du poids</p> <p><b>4. AIDE CONSIDÉRABLE</b> Aide d'un seul aidant requise pour soutenir le poids (y compris les membres), mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité</p> <p><b>5. AIDE MAXIMALE</b> Aide de deux aidants ou plus requise pour soutenir le poids (y compris les membres), OU aide requise au soutien du poids pour plus de 50% de l'activité</p> <p><b>6. DÉPENDANCE TOTALE</b> Activité entièrement effectuée par d'autres personnes au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>8. L'ACTIVITÉ N'A PAS EU LIEU AU COURS DE LA PÉRIODE ÉVALUÉE</b></p>
8.2	Bain, douche	<p>1. Autonome</p> <p>2. Surveillance / Stimulation</p> <p>3. Exige de l'aide</p> <p>4. Dépendant</p>
8.3	S'habiller	<p>1. Autonome</p> <p>2. Surveillance / Stimulation</p> <p>3. Exige de l'aide</p> <p>4. Dépendant</p>

8.4	<p>Hygiène personnelle *</p> <p>(bain / douche exclus)</p> <p>Comment la personne réalise son hygiène personnelle (par exemple à l'évier), y compris se coiffer, se brosser les dents, se raser, se maquiller, se laver et s'essuyer le visage et les mains (sauf bains et douches)</p>	<p><b>0. INDÉPENDANCE</b> Aucune aide physique, préparation ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>1. INDÉPENDANCE AVEC AIDE POUR LA PRÉPARATION SEULEMENT</b> Une fois l'objet ou le dispositif placé à portée de main, aucune aide physique ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>2. SUPERVISION</b> Surveillance ou indications requises</p> <p><b>3. AIDE LIMITÉE</b> Aide physique pour guider les mouvements des membres ou guidance physique sans soutien du poids</p> <p><b>4. AIDE CONSIDÉRABLE</b> Aide d'un seul aidant requise pour soutenir le poids (y compris les membres), mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité</p> <p><b>5. AIDE MAXIMALE</b> Aide de deux aidants ou plus requise pour soutenir le poids (y compris les membres), OU aide requise au soutien du poids pour plus de 50% de l'activité</p> <p><b>6. DÉPENDANCE TOTALE</b> Activité entièrement effectuée par d'autres personnes au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>8. L'ACTIVITÉ N'A PAS EU LIEU AU COURS DE LA PÉRIODE ÉVALUÉE</b></p>
8.5	Contenance urinaire	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonome</li> <li>2. Surveillance / Stimulation</li> <li>3. Exige de l'aide</li> <li>4. Dépendant</li> </ol>
8.6	Contenance fécale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonome</li> <li>2. Surveillance / Stimulation</li> <li>3. Exige de l'aide</li> <li>4. Dépendant</li> </ol>



8.7	<p>Utilisation des toilettes *</p> <p>Comment la personne utilise les toilettes (ou la chaise percée, la panne, l'urinal), s'essuie après leur utilisation ou, lors d'incontinence, change ses protections, s'occupe d'une sonde urinaire ou d'une stomie, ajuste ses vêtements. (sauf le fait de s'asseoir et se relever des toilettes).</p>	<p><b>0. INDÉPENDANCE</b> Aucune aide physique, préparation ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>1. INDÉPENDANCE AVEC AIDE POUR LA PRÉPARATION SEULEMENT</b> Une fois l'objet ou le dispositif placé à portée de main, aucune aide physique ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>2. SUPERVISION</b> Surveillance ou indications requises</p> <p><b>3. AIDE LIMITÉE</b> Aide physique pour guider les mouvements des membres ou guidance physique sans soutien du poids</p> <p><b>4. AIDE CONSIDÉRABLE</b> Aide d'un seul aidant requise pour soutenir le poids (y compris les membres), mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité</p> <p><b>5. AIDE MAXIMALE</b> Aide de deux aidants ou plus requise pour soutenir le poids (y compris les membres), OU aide requise au soutien du poids pour plus de 50% de l'activité</p> <p><b>6. DÉPENDANCE TOTALE</b> Activité entièrement effectuée par d'autres personnes au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>8. L'ACTIVITÉ N'A PAS EU LIEU AU COURS DE LA PÉRIODE ÉVALUÉE</b></p>
-----	---	--

\* Éléments de la suite InterRAI

<b>9. AIVQ – ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE</b>		
9.1	Usage du téléphone	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
9.2	Ménage courant	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
9.3	Préparation des repas	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
9.4	Faire les courses	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
9.5	Faire la lessive, entretenir le linge	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant

9.6	<p>Gestion des médicaments *</p> <p>Comment sont gérés les médicaments (par exemple se souvenir de les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct, se faire les injections, appliquer les pommades).</p>	<p><b>0. INDÉPENDANCE</b> Aucune aide, préparation ou supervision</p> <p><b>1. INDÉPENDANCE AVEC AIDE POUR LA PRÉPARATION SEULEMENT</b></p> <p><b>2. SUPERVISION</b> Surveillance ou indications requises</p> <p><b>3. AIDE LIMITÉE</b> Aide requise à quelques occasions</p> <p><b>4. AIDE CONSIDÉRABLE</b> Aide requise tout au long de l'activité, mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité seule</p> <p><b>5. AIDE MAXIMALE</b> Aide requise tout au long de l'activité et la personne effectue moins de 50 % de l'activité seule</p> <p><b>6. DÉPENDANCE TOTALE</b> Activité entièrement effectuée par d'autres personnes au cours de la période évaluée</p>
9.7	<p>Gestion de l'argent *</p> <p>Comment sont payées les factures, sont équilibrés les comptes, sont budgétisées les dépenses de la maison, et comment est surveillé le compte de la carte de crédit.</p>	<p><b>0. INDÉPENDANCE</b> Aucune aide, préparation ou supervision</p> <p><b>1. INDÉPENDANCE AVEC AIDE POUR LA PRÉPARATION SEULEMENT</b></p> <p><b>2. SUPERVISION</b> Surveillance ou indications requises</p> <p><b>3. AIDE LIMITÉE</b> Aide requise à quelques occasions</p> <p><b>4. AIDE CONSIDÉRABLE</b> Aide requise tout au long de l'activité, mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité seule</p> <p><b>5. AIDE MAXIMALE</b> Aide requise tout au long de l'activité et la personne effectue moins de 50 % de l'activité seule</p> <p><b>6. DÉPENDANCE TOTALE</b> Activité entièrement effectuée par d'autres personnes au cours de la période évaluée</p>
9.8	Gérer ses liens sociaux	<p>1. Autonome</p> <p>2. Surveillance / Stimulation</p> <p>3. Exige de l'aide</p> <p>4. Dépendant</p>

\* Eléments de la suite InterRAI

<b>10. MOBILITE</b>		
10.1	Transferts (lit-fauteuil-debout)	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
10.2	Déplacement à l'intérieur sur le même étage * (à pied ou avec chaise roulante)  Comment la personne se déplace (en marchant ou en chaise roulante) entre deux points du même étage. Si en chaise roulante, indépendance une fois dans la chaise.	<p><b>0. INDÉPENDANCE</b> Aucune aide physique, préparation ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>1. INDÉPENDANCE AVEC AIDE POUR LA PRÉPARATION SEULEMENT</b> Une fois l'objet ou le dispositif placé à portée de main, aucune aide physique ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>2. SUPERVISION</b> Surveillance ou indications requises</p> <p><b>3. AIDE LIMITÉE</b> Aide physique pour guider les mouvements des membres ou guidance physique sans soutien du poids</p> <p><b>4. AIDE CONSIDÉRABLE</b> Aide d'un seul aidant requise pour soutenir le poids (y compris les membres), mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité</p> <p><b>5. AIDE MAXIMALE</b> Aide de deux aidants ou plus requise pour soutenir le poids (y compris les membres), OU aide requise au soutien du poids pour plus de 50% de l'activité</p> <p><b>6. DÉPENDANCE TOTALE</b> Activité entièrement effectuée par d'autres personnes au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>8. L'ACTIVITÉ N'A PAS EU LIEU AU COURS DE LA PÉRIODE ÉVALUÉE</b></p>

10.3	<p>Marcher à l'intérieur sur le même étage *</p> <p>Comment la personne marche entre deux points du même étage à l'intérieur.</p>	<p><b>0. INDÉPENDANCE</b> Aucune aide physique, préparation ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>1. INDÉPENDANCE AVEC AIDE POUR LA PRÉPARATION SEULEMENT</b> Une fois l'objet ou le dispositif placé à portée de main, aucune aide physique ou supervision n'est requise au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>2. SUPERVISION</b> Surveillance ou indications requises</p> <p><b>3. AIDE LIMITÉE</b> Aide physique pour guider les mouvements des membres ou guidance physique sans soutien du poids</p> <p><b>4. AIDE CONSIDÉRABLE</b> Aide d'un seul aidant requise pour soutenir le poids (y compris les membres), mais la personne effectue 50% ou plus de l'activité</p> <p><b>5. AIDE MAXIMALE</b> Aide de deux aidants ou plus requise pour soutenir le poids (y compris les membres), OU aide requise au soutien du poids pour plus de 50% de l'activité</p> <p><b>6. DÉPENDANCE TOTALE</b> Activité entièrement effectuée par d'autres personnes au cours de chacune des occurrences</p> <p><b>8. L'ACTIVITÉ N'A PAS EU LIEU AU COURS DE LA PÉRIODE ÉVALUÉE</b></p>
10.4	Se déplacer à l'extérieur	<p>1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant</p>
10.5	Utilisation des moyens de transports	<p>1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant</p>
10.6	Monter / descendre les escaliers	<p>1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant</p>
10.7	Utilisation de l'élévateur (cigogne)	<p>Non Oui</p>
10.8	Utilisation des moyens auxiliaires	<p>1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant</p>

\* Eléments de la suite InterRAI

<b>11. COMMUNICAITON / VISION</b>		
11.1	Vision	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
11.2	Audition	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
11.3	Se faire comprendre *  Expression du contenu de l'information, verbal et non verbal.	<b>0. EST COMPRISE</b> Exprime ses idées sans difficulté <b>1. EST HABITUELLEMENT COMPRISE</b> Difficulté à trouver ses mots ou à aller au bout de sa pensée ; mais si on lui laisse du temps, peu ou pas d'aide requise <b>2. EST SOUVENT COMPRISE</b> Difficulté à trouver ses mots ou à aller au bout de sa pensée ; et aide en général nécessaire <b>3. EST PARFOIS COMPRISE</b> Capacité limitée à l'expression de demandes concrètes <b>4. RAREMENT OU JAMAIS COMPRISE</b>

\* Eléments de la suite InterRAI

<b>12. FONCTIONS COGNITIVES</b>		
12.1	Mémoire à court terme *  Semble se rappeler au bout de 5 min	<b>0. Pas de problème de mémoire</b> <b>1. Problème de mémoire</b>
12.2	Orientation	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
12.3	Signes d'état confusionnel	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant
12.4	Comprendre les autres	1. Autonome 2. Surveillance / Stimulation 3. Exige de l'aide 4. Dépendant

12.5	<p>Facultés cognitives pour les décisions courantes *</p> <p>Comment la personne prend-elle ses décisions pour organiser sa journée ? (par exemple l'heure de se lever, de manger, les habits à porter ou les activités à accomplir.</p>	<p><b>0. INDÉPENDANCE</b> Décisions logiques, raisonnables et sûres</p> <p><b>1. INDÉPENDANCE ALTÉRÉE</b> Quelques difficultés dans des situations nouvelles uniquement</p> <p><b>2. DÉFICIENCE LÉGÈRE</b> Dans des situations récurrentes, décisions peu fiables ou dangereuses, dans ce cas a besoin d'indications ou de surveillance</p> <p><b>3. DÉFICIENCE MODÉRÉE</b> Décisions constamment peu fiables ou dangereuses; a besoin d'indications/surveillance dans ces situations</p> <p><b>4. DÉFICIENCE IMPORTANTE</b> Ne prend que rarement ou jamais de décisions</p> <p><b>5. PAS DE CONSCIENCE DÉCELABLE</b> Statuts comateux</p>
------	--	---

\* Éléments de la suite InterRAI

<b>13. SCORES</b>		
13.1	AVQ échelle hiérarchique *	<p><b>0. INDEPENDANCE</b></p> <p><b>1. SUPERVISION REQUISE</b></p> <p><b>2. DEPENDANCE LIMITEE</b></p> <p><b>3. AIDE CONSIDERABLE REQUISE</b></p> <p><b>4. AIDE MAXIMALE REQUISE</b></p> <p><b>5. DEPENDANCE</b></p> <p><b>6. DEPENDANCE TOTALE</b></p>
13.2	Echelle de performance cognitive version 2 *	<p><b>0. INTACTE 1</b></p> <p><b>1. INTACTE 2</b></p> <p><b>2. ETAT LIMITE 1</b></p> <p><b>3. ETAT LIMITE 2</b></p> <p><b>4. DECLIN MODERE 1</b></p> <p><b>5. DECLIN MODERE 2</b></p> <p><b>6. DECLIN IMPORTANT 1</b></p> <p><b>7. DECLIN IMPORTANT 2</b></p> <p><b>8. DECLIN TRES IMPORTANT</b></p>

\* Éléments de la suite InterRAI

<b>14. BILAN DE SANTE AU MOMENT DE L'EVALUATION (SOMATIQUE ET PSYCHIQUE)</b>		
14.1	Respiration	Description de l'activité respiratoire et indiquer si appareillage (Bpap, aérosol, etc.) (y.c. oxygénothérapie).
14.2	Alimentation, hydratation, Etat nutritionnel	Description (nécessité de régime, y.c. nutrition par sonde), présence de troubles alimentaires.
14.3	Elimination	Description (y.c. présence d'incontinence). La présence de sondes et stomies doit être spécifiée.
14.4	Etat de la peau, plaies, cicatrices	Description actuelle de l'état de la peau, indiquer toute altération de la peau.
14.5	Mobilité (chute, posture, coordination)	Description de la mobilité et le risque de chute.
14.7	Addictions	Existence de dépendances (exemple : alcool, médicament, etc.). A préciser le type de produit, le mode de prise, la fréquence, les antécédents de sevrage et/ou traitement. A préciser la consommation de tabac et la fréquence de prise.
14.8	Douleurs	Existence de douleurs avec niveau d'impact pour la prise en charge. Indiquer les stratégies de soulagement (médicament, position, moyens alternatifs, etc.).
14.9	Humeur (tristesse, anxiété, etc.)	Explicite. A signaler également les fluctuations dans la journée.
14.10	Fugue, déambulation, errance	Explicite.
14.11	Sommeil, fatigue	Préciser s'il existe des troubles du sommeil (parle, crie, se lève la nuit, etc.). Préciser par exemple : les insomnies, les hypersomnies, les réveils fréquents, etc.
14.12	Violence envers soi-même ou autrui	Préciser le potentiel suicidaire et par exemple : préciser les scénarios suicidaires et les antécédents. Préciser s'il existe des troubles du comportement. Par exemple, agressivité, relation aux autres, intégration à un groupe, etc.
14.13	Etat cognitif	Vérifier la performance de la personne au niveau de la prise de décisions pour les activités de la vie quotidienne. Comment la personne prend-elle ses décisions pour organiser sa journée? - Par exemple: l'heure de se lever, de manger, les habits à porter ou les activités à accomplir.  Cette rubrique est particulièrement importante pour la poursuite de l'évaluation et l'élaboration du plan de soins dans la mesure où elle peut vous alerter sur un décalage entre les capacités et le niveau de performances de la personne.
14.14	Autres (cardiaque, neurologique, etc.)	

<b>15. SPECIALISTES</b>		
15.1	Bilans, remarques et commentaires	Cet item doit contenir les bilans, les remarques et les commentaires des spécialistes ayant pris en charge ou consulté le patient.

<b>16. TRAITEMENTS ET SOINS</b>		
16.1	Objectifs de soins et d'accompagnement de la personne	Cet item permet de renseigner les objectifs de soins et d'accompagnements décidés durant les colloques inter professionnels et les entretiens de réseau.
16.2	Adhésion à la décision	Documenter l'adhésion à la décision pour le patient, l'entourage et les professionnels.
16.3	Soins à poursuivre et soins à prévoir	Explicite. Préciser si un document complémentaire est annexé.
16.4	Suivi ambulatoire	Cet item permet de renseigner si le patient doit bénéficier d'un suivi ambulatoire. Si oui. Il convient de préciser le type de suivi, par qui et les consultations.
16.5	Allergies connues	Explicite.
16.6	Consultations planifiées	Explicite.
16.7	Consultations à prévoir	Explicite.
16.8	Ordonnance	Explicite.
16.9	Document Médical de Transmission (DMT)	Explicite.
16.10	Plan de traitement	Explicite.
16.11	Evaluations spécifiques en annexe	Cet item permet de préciser si en annexe du DMST il est attaché d'autres documents tels que : évaluation de la douleur, suivi d'une plaie, suivi glycémie, courbe de poids, etc.
16.12	Autres documents remis	Explicite.



<b>17. TRANSFERT</b>		
17.1	Rédacteur du DMST présent le jour du transfert	Explicite.
17.2	Transfert effectué le	Cet item permet de notifier la date du transport.
17.3	Heure du transfert	Cet item permet de notifier l'heure du transport.
17.4	Transport effectué par	Cet item permet de notifier par qui est effectué le transport.
17.5	Enveloppe de transfert	Cet item permet de notifier si le transfert a eu lieu avec une enveloppe de transfert.
17.6	Médicaments pris le jour du transfert	Cet item permet de notifier si le jour du transfert les médicaments ont été administrés par le professionnel ou si le patient gère lui-même sa médication.
17.8	Description, matin, midi, soir	Plan de traitement du patient.

<b>18. INVENTAIRE</b>		
18.1	Transféré avec	Cet item permet de notifier si le transfert est effectué avec des lunettes, un appareil dentaire, un appareil acoustique, une canne, un déambulateur, une chaise roulante ou tout autre moyen auxiliaire qu'il est nécessaire de spécifier.
18.2	Objet(s) perdu(s)	Objet(s) perdu(s) pendant le séjour et si oui le(s)quel(s).
18.3	Objet(s) en recherche	Objet(s) en recherche avant le transfert et si oui le(s)quel(s).

<b>19. VALIDATION</b>		
19.1	La personne (et/ou son représentant) a été informée et a donné son accord au projet de transfert ou au projet de retour à domicile avec aide ambulatoire, qui implique la transmission de données médicales et médico-sociales aux partenaires concernées.	Explicite.
19.2	Document validé par	Correspond au nom du collaborateur qui a finalisé le document après recueil des informations au niveau de l'équipe.
19.3	Le	Correspond à la date de transmission du DMST.
19.4	Fonction	Correspond à la fonction du collaborateur qui a renseigné le DMST.