

# STOP AND WATCH\*

Détection précoce  
des signaux d'alerte

Si vous constatez des changements chez le résident, veuillez cocher la case correspondante. Vous pouvez enregistrer d'autres observations dans la section *Remarques*.

**Transmettez ces informations à l'infirmière responsable du résident.**

Nom/Prénom

N° de chambre

<input type="checkbox"/>	Comportement	Semble différent que d'habitude
<input type="checkbox"/>	Besoin de soutien	A globalement besoin de plus de soutien
<input type="checkbox"/>	Mobilité	A besoin de plus de soutien pour se mobiliser, marcher, aller aux toilettes
<input type="checkbox"/>	Activité	Participe moins aux activités
<input type="checkbox"/>	Agitation	Semble plus irritable, agité ou nerveux
<input type="checkbox"/>	Fatigue	Semble plus fatigué, plus faible, confus ou somnolent
<input type="checkbox"/>	Communication	S'exprime ou communique moins
<input type="checkbox"/>	Douleurs	Semble avoir de nouvelles douleurs ou plus fortes
<input type="checkbox"/>	Peau	Changements de couleur ou d'aspect de la peau
<input type="checkbox"/>	Poids	Modification du poids ou jambes/pieds enflés
<input type="checkbox"/>	Elimination	N'a pas été à selles depuis trois jours ou a la diarrhée
<input type="checkbox"/>	Alimentation	Mange moins
<input type="checkbox"/>	Hydratation	Boit moins

**Remarques:**

Date

Nom du soignant