**ICU AWAKENING: INTENSIVE CARE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL (IPAT) (FORM RC 1)**

**Reason # not done**

1. (Intentionally omitted)
2. Patient did not pass cog. Screen. Prior to ICU discharge (alive @ ICU discharge)
3. Patient died prior to reaching timepoint
4. Goals of care changed to palliative
5. Patient or proxy refusal
6. Assessment missed
7. Cognitive issue – patient too sedated/agitated
8. Cognitive issue – patient unable to follow commands
9. (Intentionally omitted)
10. (Intentionally omitted)
11. Other assessment prioritized
12. Other (specify)

**1A. Was any clinical data collected at this timepoint?**

 ⬜ Yes

 ⬜ No (insert reason #, if ‘’other’’, specify) 🠢 ⬜⬜

“I would like to ask you some questions about your stay in intensive

care, and how you’ve been feeling in yourself. These feelings can

be an important part of your recovery. To answer, please circle

the answer that is closest to how you feel, or answer in any way

you are able to (e.g. by speaking or pointing)”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Depuis que vous êtes dans l’unité de soins intensifs :** | **A** | **B** | **C** |
| 1. A-t-il été difficile de communiquer?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. A-t-il été difficile de dormir?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. Vous êtes-vous senti tendu?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. Vous êtes-vous senti triste?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. Vous êtes-vous senti paniqué?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. Vous êtes-vous senti désespéré?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. Vous êtes-vous senti désorienté (pas certain de savoir où vous êtes)?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. Avez-vous eu des hallucinations (vu ou entendu des choses que vous suspectez ne pas être réel)?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. Avez-vous ressenti que des personnes ont essayées de vous nuire où vous blesser?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |
| 1. Avez-vous des souvenirs bouleversants des soins intensifs qui reviennent continuellement dans votre tête?
 | Non⬜ | Oui, un peu ⬜ | Oui, beaucoup ⬜ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Do you have any comments to add in relation to any of the answers?** **SCORING**Any anwser in column A = 0 point Sum up to scores of each item for aAny answer in column B = 1 point total IPAT score out of 20. Cut-offAny answer in column C = 2 points point ≥7 indicates patient at risk |  | **TOTAL SCORE** ⬜⬜ **/20** |
|  |  |
|  | **Approximate time to complete assessment?** ⬜⬜ (min) |
|  |  |
|  | **Patient intubated during ax?** ⬜ Not recorded ⬜ Yes ⬜ No |
|  |  |
|  | Location of ax? ⬜ ICU ⬜ Autre (précisez): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |