**RESEARCH COORDINATOR ASSESSMENT: ICU DISCHARGE (FORM RC 2.1 OF 2)**

1. Was the patient alive at ICU discharge?

 ⬜ Yes

 ⬜ No (do not collect ADL data; go to 3A)

**2. Activities of Daily Living (ADL)** (ask the patient the following and/or review chart regarding their current function; check ONE box per activity)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTIVITY |  | INDEPENDENT |  | DEPENDENT |
| BATHING(e.g. sponge, shower, or tub) | ⬜ | Assistance dans le bain pour laver une seule partie du corps (comme le dos ou une extrémité handicapée), ou se baigne complètement. | ⬜ | Assistance dans le bain pour laver plusieurs partie du corps, ou pour entrer et sortir du bain, ou ne prend pas du tout de bain seul. |
| DRESSING | ⬜ | Prend des vêtements dans le placard et les tiroirs, des vêtements d’extérieur, des vêtements avec des bretelles et des attaches et s’habille seul.  | ⬜ | Ne s’habille pas ou reste partiellement déshabillé. |
| GOING tothe TOILET | ⬜ | Va au toilette, s’assoie et se lève de la toilette, s’essuie et se rhabille seul (gère son bassin utilisé la nuit et n’utilise pas de supports mécanique). | ⬜ | Utilise un bassin de lit, ou reçoit de l’aide pour se rendre aux toilettes et les utiliser. |
| TRANSFER | ⬜ | Se couche et se lève seul du lit, s’assoie et se lève seul d’une chaise (avec ou sans support mécanique). | ⬜ | Assistance pour se coucher et se lever du lit ou d’une chaise; n’effectue pas un ou plusieurs transferts. |
| CONTINENCE | ⬜ | Urine et défèque de façon contrôlé. | ⬜ | Incontinence partiel ou total pour uriner ou déféquer, contrôle partiel ou total des selles par fleet (urinal, bassin, sonde). |
| FEEDING | ⬜ | Prend la nourriture de l’assiette jusqu’à la bouche. Remarque : la viande découpée et la préparation des aliments sont exclus, comme beurrer un pain. | ⬜ | Assistance pour se nourrir, ou se nourrit par gavage (parentérale)1. Ax merged with other assessment/other timepoint (complete q# 3B)
2. (intentionally omitted)
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)
 |

**3A. Was any clinical data collected timepoint?**

 ⬜ Yes (go to 3B)

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

**3B. Should data for this assessment be considered for
any additional time points (check all)?**

 ⬜ Yes (specify) 🠢 ⬜ ICU Discharge

 ⬜ No ⬜ Hospital Discharge

**4. Patient-reported Functional Scale** (ask pt the following questions; insert all activity scores in table below; do not score base on chart review)

 ⬜⬜ Reason # not done (specify)

 Instructions: ‘’I’m going to ask you about how well you think you can do 6 activities. Compared to before you got sick, can you rate how well you can do each of these activities? Today, do you, or would you have difficulty with the following items? Please point to the number which best describes your ability. 10 = as well as you could before the ICU, and 0= unable to do this activity right now.’’ (if the patient reports the activity is not relevant to them, please state, ‘’if you are not doing this now, do you imagine you would have any difficulty?’’).

 **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapable de performer l’activité** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Capable performer activité même niveau avant l’adm. aux SI** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTIVITY** | **SCORE** |
| 1. Tourner dans le lit
2. Passer de la position coucher à assise sur le bord du lit
3. Passe de la position assise à debout
4. Transférer du lit à une chaise
5. Marcher une distance de 100 mètre (longueur terrain football)
6. Monter 10 marches
 | ⬜⬜ /10⬜⬜ /10⬜⬜ /10⬜⬜ /10⬜⬜ /10⬜⬜ /10 |
| **SOUS-TOTAL** | ⬜⬜ /60 |
| **FINAL SCORE** (sous-total / 6) | ⬜⬜.⬜ |

**RESEARCH COORDINATOR ASSESSMENT: ICU DISCHARGE (FORM RC 2.2 OF 2)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. EQ-5D: Descriptive system: Today’s perception** |  | **6. EQ-5D: Visual Analogue Scale: Today’s perception** |
| ⬜⬜ Reason # not done (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | ⬜⬜ Reason # not done (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Instructions:** Read the 5 descriptions from each heading to the patient ‘’Under each heading, tick ONE box that best describes your health TODAY’’ |  |  | Instructions: Read to the following to the patient: ‘’We would like to know how good or bad your health is TODAY’’ |  | Best health | 100 |
| MOBILITY |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je n’ai aucun problème à marcher | ⬜ |  | *This scale is numbered from 0 – 100* |  |  |  |  |  |
| J’ai de légers problèmes pour marcher | ⬜ |  |  |  |  |  |  | 90 |
| J’ai des problèmes modérés à marcher | ⬜ |  | *100 means the best health you can imagine* |  |  |  |  |  |
| J’ai de graves problèmes pour marcher | ⬜ |  | *0 means the worst health you can imagine* |  |  |  |  |  |
| Je suis incapable de marcher | ⬜ |  |  |  |  |  |  | 80 |
|  |  |  | *Mark an X on the scale to indicate how*  |  |  |  |  |  |
| SELF-CARE |  |  | *Your health is TODAY.* |  |  |  |  |  |
| Je n’ai aucun problème pour me laver et m’habiller | ⬜ |  |  |  |  |  |  | 70 |
| J’ai de légers problèmes pour me laver et m’habiller | ⬜ |  | *Now, please write the number you*  |  |  |  |  |  |
| J’ai des problèmes modérés pour me laver et m’habiller | ⬜ |  | *Marked on the scale in the box below.* |  |  |  |  |  |
| J’ai de graves problèmes pour me laver et m’habiller | ⬜ |  |  |  |  |  |  | 60 |
| Je suis incapable de me laver et de m’habiller | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| USUAL ACTIVITIES (e.g. work, study, housework, family or leisure activities) |  |  | YOUR HEALTH SCORE TODAY |  |  |  |  | 50 |
| Je n’ai aucun problème pour effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  | ⬜⬜⬜ |  |  |  |  |  |
| J’ai de légers problèmes pour effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai des problèmes modérés pour effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |  |  |  | 40 |
| J’ai de graves problèmes pour effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
| Je suis incapable d’effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 30 |
| PAIN / DISCOMFORT |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je n’ai pas de douleur ou d’inconfort | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai de légères douleurs ou inconforts | ⬜ |  |  |  |  |  |  | 20 |
| J’ai des douleurs ou inconforts modérées | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai de graves douleurs ou inconforts | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
| J’ai des douleurs ou inconforts extrêmes | ⬜ |  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANXIETY / DEPRESSION |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je ne suis pas anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  | Worst health | 0 |
| Je suis légèrement anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
| Je suis moyennement anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
| Je suis gravement anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |
| Je suis extrêmement anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  |  |  |  |  |