

Patient ID 1 Coded patient initials Assessor initials Date of assessment **RESEARCH COORDINATOR ASSESSMENT: HOSPITAL DISCHARGE (FORM RC 3.1 OF 4)****1. Was the patient alive at hospital discharge?** Yes No (do not collect ADL and Frailty data; go to 4A)**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)	<input type="checkbox"/> Assistance dans le bain pour laver une seule partie du corps (comme le dos ou une extrémité handicapée), ou se baigne complètement.	<input type="checkbox"/> Assistance dans le bain pour laver plusieurs parties du corps, ou pour entrer et sortir du bain, ou ne prend pas du tout de bain seul.
DRESSING	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Ne s'habille pas ou reste partiellement déshabillé.
GOING to the TOILET	<input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Utilise un bassin de lit, ou reçoit de l'aide pour se rendre aux toilettes et les utiliser.
TRANSFER	<input type="checkbox"/> Se couche et se lève seul du lit, s'assoie et se lève seul d'une chaise (avec ou sans support mécanique).	<input type="checkbox"/> Assistance pour se coucher et se lever du lit ou d'une chaise; n'effectue pas un ou plusieurs transferts.
CONTINENCE	<input type="checkbox"/> Urine et défèque de façon contrôlé.	<input type="checkbox"/> Incontinence partiel ou total pour uriner ou déféquer, contrôle partiel ou total des selles par fleet (urinal, bassin, sonde).
FEEDING	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Assistance pour se nourrir, ou se nourrit par gavage (parentérale)

3. Hospital Discharge Admission Frailty Scale

Considering the patient's hospital discharge status, please select the highest score from the descriptions below from 1 to 9. If the patient has characteristics from higher descriptors, then please report the highest score.

SCORE :



1. EN TRÈS BONNE FORME : Des gens robustes, actifs, énergiques et motivés, faisant régulièrement de l'exercice et très en forme pour leur âge.



2. EN FORME : Sans symptômes de maladie active, mais en moins bonne forme que les gens de la catégorie 1. Souvent, ils font de l'exercice ou sont très actifs à l'occasion, p. ex., de manière saisonnière.



3. EN SANTÉ : Leurs symptômes pathologiques sont bien contrôlés, mais les personnes de cette catégorie ne font aucun exercice régulier à part marcher au quotidien.



4. VULNÉRABLES : Sans dépendre d'autrui dans la vie quotidienne, ces personnes présentent des symptômes qui limitent souvent leurs activités. Elles se plaignent d'être « ralenties » ou fatiguées pendant la journée. Nombreuses sont celles qui évaluent leur santé comme tout au plus « passable ».



5. LÉGÈREMENT FRAGILES : Le ralentissement est apparent, et ces personnes ont besoin d'aide pour les activités normales de la vie quotidienne (finances, transport, gros ménage, médicaments). Les personnes légèrement fragiles pourraient avoir des difficultés à sortir seules pour faire leurs courses ou se promener, à préparer leurs repas et à faire leur ménage.



6. MODÉRÉMENT FRAGILES : Des personnes ayant besoin d'aide pour tout ce qui a rapport aux activités à l'extérieur et au ménage. À la maison, elles ont souvent du mal à monter et descendre les escaliers, elles ont besoin d'aide pour se laver et elles pourraient avoir besoin d'accompagnement pour s'habiller.



7. TRÈS FRAGILES : Dépendance totale dans la plupart, voire toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour s'habiller ou se nourrir.



8. EXTRÊMEMENT FRAGILES : Dépendance totale, patients en phase terminale. En général, les personnes de cette catégorie ne peuvent se remettre d'une affection même mineure.



9. FIN DE VIE : En fin de vie. Cette catégorie s'applique aux personnes avec une espérance de vie de < 6 mois.

CYCLE RCT #142

Plate #54-57

Visit #090

Patient ID 1

Coded patient initials

Assessor initials

Date of assessment

RESEARCH COORDINATOR ASSESSMENT: HOSPITAL DISCHARGE (FORM RC 3.2 OF 4)

Continued - Scoring frailty in people with dementia: The degree of frailty corresponds to the degree of dementia.

Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In severe dementia, they cannot to personal care without help.

4A. Was any clinical data collected timepoint?

Yes (go to 4B)
 No (insert reason #, if "other", specify) →

1. Ax merged with other assessment form/ other timepoint (complete q# 4B)
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)

4B. Should data for this assessment be considered for any additional time points (check all)?

Yes (specify) → ICU Discharge
 No Hospital Discharge

5. Patient-reported Functional Scale (ask the 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?").



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

Patient ID 1

Coded patient initials

Assessor initials

Date of assessment

RESEARCH COORDINATOR ASSESSMENT: HOSPITAL DISCHARGE (FORM RC 3.3 OF 4)

6. EQ-5D: Descriptive system: Today's perception

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"

MOBILITY

- Je n'ai aucun problème à marcher
- J'ai de légers problèmes pour marcher
- J'ai des problèmes modérés à marcher
- J'ai de graves problèmes pour marcher
- Je suis incapable de marcher

SELF-CARE

- Je n'ai aucun problème pour me laver et m'habiller
- J'ai de légers problèmes pour me laver et m'habiller
- J'ai des problèmes modérés pour me laver et m'habiller
- J'ai de graves problèmes pour me laver et m'habiller
- Je suis incapable de me laver et de m'habiller

USUAL ACTIVITIES (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)

- 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
- J'ai de graves problèmes pour effectuer mes activités habituelles
- Je suis incapable d'effectuer mes activités habituelles

PAIN / DISCOMFORT

- Je n'ai pas de douleur ou d'inconfort
- J'ai de légères douleurs ou inconforts
- J'ai des douleurs ou inconforts modérées
- J'ai de graves douleurs ou inconforts
- J'ai des douleurs ou inconforts extrêmes

ANXIETY / DEPRESSION

- Je ne suis pas anxieux ou dépressif
- Je suis légèrement anxieux ou dépressif
- Je suis moyennement anxieux ou dépressif
- Je suis gravement anxieux ou dépressif
- Je suis extrêmement anxieux ou dépressif

7. EQ-5D: Visual Analogue Scale: Today's perception

Reason # not done (specify) _____

Instructions: Read to the following to the patient:

	Best health	100
		90
		80
		70
		60
		50

"We would like to know how good or bad your health is TODAY"

This scale is numbered from 0 – 100

100 means the best health you can imagine

0 means the worst health you can imagine

Mark an X on the scale to indicate how Your health is TODAY.

Now, please write the number you Marked on the scale in the box below."

YOUR HEALTH SCORE TODAY

Patient ID 1

Coded patient initials

Assessor initials

Date of assessment

RESEARCH COORDINATOR ASSESSMENT: HOSPITAL DISCHARGE (FORM RC 3.4 OF 4)

8. EQ-5D: Descriptive system: Pre-hospit. perception

Reason # not done (specify) _____

Instructions: Read the 5 descriptions from each domain to the patient and ask them to select ONE descriptor. "Imagine a day before admin. to hospital... thinking about this day how would you you're your health? Under each heading, please tick one box that

MOBILITY

- Je n'ai aucun problème à marcher
- J'ai de légers problèmes pour marcher
- J'ai des problèmes modérés à marcher
- J'ai de graves problèmes pour marcher
- Je suis incapable de marcher

SELF-CARE

- Je n'ai aucun problème pour me laver et m'habiller
- J'ai de légers problèmes pour me laver et m'habiller
- J'ai des problèmes modérés pour me laver et m'habiller
- J'ai de graves problèmes pour me laver et m'habiller
- Je suis incapable de me laver et de m'habiller

USUAL ACTIVITIES (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)

- 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
- J'ai de graves problèmes pour effectuer mes activités habituelles
- Je suis incapable d'effectuer mes activités habituelles

PAIN / DISCOMFORT

- Je n'ai pas de douleur ou d'inconfort
- J'ai de légères douleurs ou inconforts
- J'ai des douleurs ou inconforts modérées
- J'ai de graves douleurs ou inconforts
- J'ai des douleurs ou inconforts extrêmes

ANXIETY / DEPRESSION

- Je ne suis pas anxieux ou dépressif
- Je suis légèrement anxieux ou dépressif
- Je suis moyennement anxieux ou dépressif
- Je suis gravement anxieux ou dépressif
- Je suis extrêmement anxieux ou dépressif

9. EQ-5D: Visual Analogue Scale: Pre-hospit. perception

Reason # not done (specify) _____

Instructions: Read to the following to the patient:

	Best health	100
"Imagine a normal day before you were admitted To hospital. We would like to know how good or bad your health is on a normal day	_____	90
<i>This scale is numbered from 0 – 100</i>	_____	80
<i>100 means the <u>best</u> health you can imagine</i>	_____	70
<i>0 means the <u>worst</u> health you can imagine</i>	_____	60
<i>Thinking about this day, mark an X on the scale to indicate how you would rate your health on a normal day</i>	_____	50
<i>Now, please write the number you marked on the scale in the box below"</i>	_____	

YOUR HEALTH SCORE ON A NORMAL DAY