



**PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT TOOL
FOR HOME DIALYSIS (PATH-D)**

ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE POUR LA DIALYSE À DOMICILE

AUTHORS-AUTEURS : Julie Régimbald MSW, RSW; Cindy Gill MSW RSW

	DATE
ACCOMODATION-HÉBERGEMENT : Living arrangements-Logement Specify if other-Préciser si autre :	<input type="checkbox"/> Alone-Seul <input type="checkbox"/> With spouse/partner-Avec époux/partenaire <input type="checkbox"/> With adult children-Avec enfants adultes <input type="checkbox"/> Retirement Home-Maison de retraite <input type="checkbox"/> Long Term Care-Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Other-Autre
Housing type-Type de domicile (include secondary residence if it applies-inclure la résidence secondaire s'il y a lieu) : Age of home-Âge de la maison :	<input type="checkbox"/> Apartment-Appartement <input type="checkbox"/> Bungalow <input type="checkbox"/> 2 story-2 étages <input type="checkbox"/> Own-Appartient <input type="checkbox"/> Rent-Loue <input type="checkbox"/> Subsidized-Subventionné <input type="checkbox"/> Other-Autre
Also assess secondary residence if any Également évaluer la résidence secondaire s'il y a lieu	
Any plans to move-Prévoyez-vous déménager? <i>Describe-Décrire</i> If yes, does this impact your treatment decision? Si oui, ceci affecte-t-il votre décision pour le traitement?	<input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non <input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non
3-prong outlets-Prises à 3 trous? If NO, nurse will inform technical manager during training. Si NON, l'infirmière avisera le gestionnaire technique durant la formation.	<input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non
Space for supplies? For peritoneal dialysis (PD), need -20 to 40 boxes, at most space needed is 8'L x 5' H x 2' W (ex. double closet) Espace pour fournitures? Pour la dialyse péritonéale (DP), besoin de 20 à 40 boîtes, maximum d'espace requis 8'L x 5' H x 2' P (par. ex. : penderie double)	<input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non
Land line telephone (not cordless)-Ligne téléphonique (pas de sans fil) If NO, is it possible to get one-Si NON, est-il possible d'en avoir une?	<input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non <input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non
Bathroom near bedroom (PD, 36 feet or less)? Salle de bain près de la chambre (pour DP, 36 pieds ou moins)?	<input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non
Infection prevention: need for clutter free and clean environment. Prévention de l'infection : besoin d'un environnement propre et bien rangé. If having difficulty keeping clean or clutter free, is it possible to make arrangements to clean and organize? Si c'est difficile de garder un environnement propre et bien rangé, est-il possible de faire des démarches pour nettoyer et organiser?	<input type="checkbox"/> Clean and clutter free-Propre et bien rangé <input type="checkbox"/> Needs cleaning and/or organizing Nécessite un nettoyage et/ou un rangement <input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non

This material has been prepared solely for use at The Ottawa Hospital (TOH). TOH accepts no responsibility for use of this material by any person or organization not associated with TOH. NO part of this document may be reproduced in any form for publication without permission of TOH.

Ce document a été préparé pour l'usage exclusif de L'Hôpital d'Ottawa (L'HO). L'HO n'assume aucune responsabilité concernant l'utilisation de ce document par une personne ou un organisme sans lien avec L'HO. AUCUNE partie de ce document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans la permission de L'HO.

<p>Client advised and receptive to people coming to the home for deliveries and home visits from nurses and technicians? Client avisé et réceptif à des livraisons à domicile et à la visite du personnel infirmier et technique?</p> <p>Pets? <i>If yes, describe (# and type, full access to the home?)</i> Animaux de compagnie? <i>Si oui, décrire (nombre et type, ont-ils accès à tout le domicile?)</i></p> <p>Storage and treatment areas should be closed off to pets, Les aires d'entreposage et de traitement devraient être interdites aux animaux</p> <p>Is it possible to do this-Est-ce possible?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p> <p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p> <p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Comments-Commentaires :</p>	
<p>LITERACY AND FINANCES-ALPHABÉTISATION ET FINANCES :</p> <p>Language-Langue Read-Lue : Spoken-Parlée :</p>	
<p>Reading-Lecture</p> <p>Do you have trouble reading-Avez-vous de la difficulté à lire? If yes, explain-Si oui, expliquez : _____</p> <p>If yes, can someone accompany you during training? Si oui, est-ce que quelqu'un peut vous accompagner durant la formation?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p> <p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Are you currently employed-Travaillez-vous présentement?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui</p> <p><input type="checkbox"/> No, retired-Non, retraité</p> <p><input type="checkbox"/> No, on disability-Non, pension d'invalidité</p>
<p>If you are currently employed-Si vous travaillez présentement :</p>	<p>Employer-Employeur : _____</p> <p>Occupation-Travail : _____</p>
<p>Disability insurance-Assurance-invalidité?</p> <p>Manual labour (dirty environment, heavy lifting (limit of 30 lbs))? <i>May not be possible after starting dialysis.</i> Travail manuel (environnement sale, soulèvement de poids lourd (limite de 30 livres)? <i>Peut ne pas être possible après le début de la dialyse.</i></p> <p>Would be able to take time off work for training? Check all that applies. Pourrait prendre un congé pour la formation? Cocher tout ce qui s'applique.</p> <p><input type="checkbox"/> Peritoneal Dialysis (PD)-Dialyse péritonéale (DP) (1.5-2 weeks-semaines)</p> <p><input type="checkbox"/> Home Hemodialysis (HHD)-Hémodialyse à domicile (HDD) (6-8 weeks-semaines)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>

This material has been prepared solely for use at The Ottawa Hospital (TOH). TOH accepts no responsibility for use of this material by any person or organization not associated with TOH. NO part of this document may be reproduced in any form for publication without permission of TOH.

Ce document a été préparé pour l'usage exclusif de L'Hôpital d'Ottawa (L'HO). L'HO n'assume aucune responsabilité concernant l'utilisation de ce document par une personne ou un organisme sans lien avec L'HO. AUCUNE partie de ce document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans la permission de L'HO.

**CATEGORIES INDICATING A POSSIBLE NEED FOR ASSISTANCE WITH HOME DIALYSIS OR WITH TRANSPORTATION
CATÉGORIES INDIQUANT UN BESOIN D'AIDE AVEC LA DIALYSE À DOMICILE OU AVEC LE TRANSPORT**

<p>1 Hearing and Vision-Ouïe et vision</p> <p>Significant hearing impairment (even with hearing aid(s) if applicable)? Altération auditive importante (même avec une/des prothèse(s) si applicable)?</p> <p>Do you wear hearing aid(s)-Avez-vous une/des prothèse(s) auditive(s)?</p> <p>Do you have a visual impairment that would prevent you from being able to read or to connect tubes together? Avez-vous une altération visuelle qui vous empêcherait de lire ou de brancher les connexions des tubes ensemble?</p> <p>If yes, anyone living at home who could assist with treatments? Si oui, y a-t-il quelqu'un à la maison qui pourrait vous aider avec les traitements?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Comments-Commentaires :</p>	
<p>2 Activities of Daily Living (ADL)and Motor Skills Activités journalières (AJ) et habiletés motrices</p> <p>Has difficulties, or requires assistance with ADL (<i>would need assistance doing home dialysis</i>)? A de la difficulté ou a besoin d'aide avec les AJ (<i>aurait besoin d'aide pour la dialyse à domicile</i>)?</p> <p>*** <i>Observe cleanliness of hands/nails, person, clothing and hair and document concerns under comments. Observer la propreté des mains et ongles, de la personne, des vêtements et des cheveux, documenter aussi ses inquiétudes dans la section des commentaires.</i></p> <p>Has difficulties, or requires assistance, with instrumental ADL (<i>may be a flag to do the Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>)? A de la difficulté ou a besoin d'aide avec les AJ instrumentales (<i>peut être un signe de faire l'Évaluation cognitive de Montréal (ÉCM)</i>)?</p> <p>Describe patient's current burden of activity and responsibility at home: Décrire le fardeau du patient associé aux activités et aux responsabilités à la maison :</p>	<p><input type="checkbox"/> NO PROBLEMS-AUCUN PROBLÈME</p> <p><input type="checkbox"/> Bathing-Se laver</p> <p><input type="checkbox"/> Dressing-S'habiller</p> <p><input type="checkbox"/> Buttons-Boutons</p> <p><input type="checkbox"/> Grooming-Soins personnels</p> <p><input type="checkbox"/> Toileting-Toilette</p> <p><input type="checkbox"/> Walking-Marche</p> <p><input type="checkbox"/> Lift 12 lbs-Lever 12 lbs</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROBLEMS-AUCUN PROBLÈME</p> <p><input type="checkbox"/> Shopping-Magasiner</p> <p><input type="checkbox"/> Meal prep.-Préparation des repas</p> <p><input type="checkbox"/> Housework-Tâches ménagères</p> <p><input type="checkbox"/> Managing meds-Gérer les médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Finances</p>
<p>Is the patient/other person at home able to take on additional hours of activity? (check all that applies to patient's choice) Est-ce que le patient ou autre personne à la maison est capable d'augmenter ses heures d'activité? (cocher tout ce qui s'applique face au choix du patient)</p> <p>For PD-Pour DP :</p> <p><input type="checkbox"/> 4 exchanges per day, 30 min. each-4 échanges par jour, 30 min. chacun?</p> <p><input type="checkbox"/> Cyler (machine at night) for 8-9 hours every night? Cycleur (appareil de nuit) pendant 8-9 heures chaque nuit?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>

This material has been prepared solely for use at The Ottawa Hospital (TOH). TOH accepts no responsibility for use of this material by any person or organization not associated with TOH. NO part of this document may be reproduced in any form for publication without permission of TOH.

Ce document a été préparé pour l'usage exclusif de L'Hôpital d'Ottawa (L'HO). L'HO n'assume aucune responsabilité concernant l'utilisation de ce document par une personne ou un organisme sans lien avec L'HO. AUCUNE partie de ce document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans la permission de L'HO.

<p>2 ADL and Motor Skills-AJ et habiletés motrices For HDD: add 1 ½-2 hours for preparation and cleaning of machine for each treatment vs travel time plus treatment for Hemodialysis in hospital 3-4 times weekly. Pour HDD : ajouter 1 ½-2 heures de préparation et de nettoyage de l'appareil pour chaque traitement vs le temps requis pour le transport et le traitement d'hémodialyse à l'hôpital de 3 à 4 fois par semaine.</p> <p><input type="checkbox"/> Conventional hemodialysis 3 times/week for 4 hours each Hémodialyse conventionnelle 3 fois par semaine pour 4 heures chaque dialyse</p> <p><input type="checkbox"/> Short daily hemodialysis, 5-6 days/week for 2-2.5 hours each Hémodialyse de courte durée, 5-6 jrs par semaine pour 2 à 2.5 heures chaque</p> <p><input type="checkbox"/> Nocturnal hemodialysis, 3-6 nights weekly for 6-9 hours each Hémodialyse nocturne, 3-6 nuits par semaine pour 6 à 9 heures chaque dialyse</p> <p>Are you or other person at home agreeable to follow detailed instructions and complete testing before each clinic? Êtes-vous ou une est-ce qu'une autre personne à la maison est d'accord pour suivre les instructions détaillées et pour compléter les examens avant chaque rendez-vous?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Comments-Commentaires :</p>	
<p>3 Ability to concentrate, remember and learn Habilité à se concentrer, se souvenir et apprendre</p>	
<p>Are you confident that you could do a home treatment? Êtes-vous confiant de pouvoir faire un traitement à domicile?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Concerns regarding substance abuse (see chart if not comfortable asking patient or family)? Inquiétudes reliées à l'abus de consommation de substance (voir le dossier si vous n'êtes pas confortable de demander la question au patient ou à la famille)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Known dementia (see chart if not comfortable asking patient or family)? Démence connue (voir le dossier si vous n'êtes pas confortable de demander la question au patient ou à la famille)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Memory and concentration-Mémoire et concentration : Do you have trouble remembering or learning new information? If yes, specify: Avez-vous des troubles de mémoire ou de la difficulté à apprendre quelque chose de nouveau? Si oui, préciser : _____</p> <p>When was the last time you had to learn something new? _____ Quelle est la dernière fois où vous avez appris quelque chose de nouveau?</p> <p>Do you have trouble concentrating-Avez-vous de la difficulté à vous concentrer?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p> <p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>

This material has been prepared solely for use at The Ottawa Hospital (TOH). TOH accepts no responsibility for use of this material by any person or organization not associated with TOH. NO part of this document may be reproduced in any form for publication without permission of TOH.

Ce document a été préparé pour l'usage exclusif de L'Hôpital d'Ottawa (L'HO). L'HO n'assume aucune responsabilité concernant l'utilisation de ce document par une personne ou un organisme sans lien avec L'HO. AUCUNE partie de ce document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans la permission de L'HO.

<p>Suspected dementia or any other indication for MOCA? <i>Concerns about cognitive status can be raised by any member of the team.</i></p> <p>Soupçon de démence ou toute indication pour l'ÉCM? <i>Les inquiétudes au sujet de l'état cognitif peuvent être soulevées par tous les membres de l'équipe.</i></p> <p>MOCA (score greater than or equal to 26/30 is normal: If score is less than 26, which MD has been informed?)</p> <p>ÉCM (une cote plus grande ou égale à 26/30 est normale : Si la cote est moins de 26, quel médecin a été avisé?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Not indicated-Non indiqué</p> <p><input type="checkbox"/> Done, score-Fait, cote :</p> <p><input type="checkbox"/> Nephrologist-Néphrologue</p> <p><input type="checkbox"/> Family MD-MD de famille</p>
<p>Comments-Commentaires : (tendency to depression, problems with attending appointments or following recommendations re: medications or diet-tendance à la dépression, problèmes d'assiduité aux rendez-vous ou à suivre les recommandations par rapport aux médicaments ou à la diète)</p>	
<p>4 Transportation-Transport</p> <p>Most frequently used method of transporation? Mode de transport le plus fréquemment utilisé?</p> <p>Specify if other-Préciser si autre :</p>	<p><input type="checkbox"/> Car (self)-Auto (seul)</p> <p><input type="checkbox"/> Family/friend-Famille/ami</p> <p><input type="checkbox"/> Taxi</p> <p><input type="checkbox"/> Bus-Autobus</p> <p><input type="checkbox"/> Para transpo</p> <p><input type="checkbox"/> Other-Autre</p>
<p>Would there be a problem with transportation-Y aurait-il un problème de transport?</p> <p>To PD training daily for 1.5-2 wks-À la formation de la DP chaque jour de 1.5 à 2 sem.</p> <p>To HHD training daily for 6-8 wks-À la formation d'HDD chaque jour de 6 à 8 sem.</p> <p>To appointments every 4-8 wks-Aux rendez-vous toutes les 4 à 8 sem.</p> <p>Would there be a problem with accomodation in Ottawa? Y aurait-il un problème d'hébergement à Ottawa?</p> <p>To PD training daily for 1.5-2 wks-À la formation de la DP chaque jour de 1.5 à 2 sem.</p> <p>To HHD training daily for 6-8 wks-À la formation d'HDD chaque jour de 6 à 8 sem.</p> <p>Needs Paratranspo application prior to training? Besoin d'une demande de Paratranspo avant la formation?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Comments-Commentaires :</p>	

This material has been prepared solely for use at The Ottawa Hospital (TOH). TOH accepts no responsibility for use of this material by any person or organization not associated with TOH. NO part of this document may be reproduced in any form for publication without permission of TOH.

Ce document a été préparé pour l'usage exclusif de L'Hôpital d'Ottawa (L'HO). L'HO n'assume aucune responsabilité concernant l'utilisation de ce document par une personne ou un organisme sans lien avec L'HO. AUCUNE partie de ce document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans la permission de L'HO.

5 Assistance with Home Dialysis-Aide avec la dialyse à domicile	
Do you think you would be able to do your treatments independently? Pensez-vous être capable de faire vos traitements vous-même? If no, have you asked a friend or family member to assist you? Si non, avez-vous demandé à un ami ou membre de la famille de vous aider?	<input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non <input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non
Friend or family assistance with training: Aide d'un ami ou membre de la famille pour la formation : Who-Qui? Has this person agreed to take on this responsibility? Est-ce que cette personne a accepté de prendre cette responsabilité? CCAC daily assistance (up to 2x/day) might be required? Aide quotidienne du CASC (jusqu'à 2 fois/jour) peut être requise?	<input type="checkbox"/> Accompany patient to training Accompagne patient à la formation <input type="checkbox"/> Trained as a back-up Formé comme substitut <input type="checkbox"/> Would do the entire procedure Ferait l'intervention totale <input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non <input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non
For the access surgery appointment, someone will need to accompany you, is that possible? Quelqu'un devra vous accompagner au rendez-vous de chirurgie pour l'accès, est-ce possible?	<input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non
Comments-Commentaires :	

This material has been prepared solely for use at The Ottawa Hospital (TOH). TOH accepts no responsibility for use of this material by any person or organization not associated with TOH. NO part of this document may be reproduced in any form for publication without permission of TOH.

Ce document a été préparé pour l'usage exclusif de L'Hôpital d'Ottawa (L'HO). L'HO n'assume aucune responsabilité concernant l'utilisation de ce document par une personne ou un organisme sans lien avec L'HO. AUCUNE partie de ce document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans la permission de L'HO.

<p>CONSIDERATIONS FOR HOME HEMODIALYSIS (HHD) ONLY CONSIDÉRATIONS POUR L'HÉMODIALYSE À DOMICILE (HDD) SEULEMENT</p>	
<p>Water (for HHD)-Eau (pour l'HDD)</p> <p>If well, do you have water supply problems?-Si vous avez un puits, y a-t-il des problèmes d'approvisionnement?</p> <p>Septic system or sewer-Champ d'épuration ou système d'égout?</p>	<p><input type="checkbox"/> City water-Eau de la ville <input type="checkbox"/> Well water-Eau de puits</p> <p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p> <p><input type="checkbox"/> Septic-Épuration <input type="checkbox"/> Sewer-Égout</p>
<p>Assess secondary residence if any-Évaluer la résidence secondaire s'il y a lieu</p>	
<p>If HHD is considered, si l'HDD est considérée,</p> <p>Higher utility costs discussed? <i>Up to \$100/mo for water and electricity (based on fees at beginning of 2009).</i> <i>Avez-vous discuté des coûts plus élevés? Jusqu'à 100\$ par mois pour l'eau et l'électricité (basés sur les frais au début de 2009).</i></p> <p>Are the additional costs manageable?-Les coûts additionnels sont-ils abordables?</p> <p>Are you receiving Ontario Disability Support Program or Ontario Works benefits? Recevez-vous des bénéfices du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées ou Ontario au travail?</p> <p>If yes, might be entitled to higher allowance for shelter if not at maximum. Si oui, vous pouvez être éligible à une allocation plus élevée pour le logement si vous n'êtes pas au maximum.</p> <p>Do you live within the city of Ottawa?-Vivez-vous à Ottawa? <i>(If yes, rebate up to 500\$/year.-Si oui, vous pouvez avoir un rabais jusqu'à 500\$/an).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes-Oui <input type="checkbox"/> No-Non</p>
<p>Comments-Commentaires</p>	

This material has been prepared solely for use at The Ottawa Hospital (TOH). TOH accepts no responsibility for use of this material by any person or organization not associated with TOH. NO part of this document may be reproduced in any form for publication without permission of TOH.

Ce document a été préparé pour l'usage exclusif de L'Hôpital d'Ottawa (L'HO). L'HO n'assume aucune responsabilité concernant l'utilisation de ce document par une personne ou un organisme sans lien avec L'HO. AUCUNE partie de ce document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans la permission de L'HO.

RECOMMENDATIONS AND PLAN-RECOMMANDATIONS ET PLAN			
<p>Following the psychosocial assessment, is peritoneal dialysis (PD) an option? Suite à l'évaluation psychosociale, est-ce que la dialyse péritonéale (DP) est une option?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes. No concern or risk identified Oui. Aucune inquiétude ou risque identifié(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Potential candidate. Concerns listed in comments. Candidat potentiel. Inquiétudes décrites dans les commentaires.</p> <p><input type="checkbox"/> No. See comments Non. Voir commentaires.</p>		
<p>Following the psychosocial assessment, is Home Hemodialysis (HHD) an option? Suite à l'évaluation psychosociale, est-ce que l'hémodialyse à domicile (HDD) est une option?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes. No concern or risk identified Oui. Aucune inquiétude ou risque identifié(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Potential candidate. Concerns listed in comments. Candidat potentiel. Inquiétudes décrites dans les commentaires.</p> <p><input type="checkbox"/> No. See comments Non. Voir commentaires.</p>		
<p>Comments, recommendations and plan-Commentaires, recommandations et plan :</p>			
<p>Printed name-Nom en lettres moulées</p>	<p>Signature</p>	<p>Date (yyaa/mm/dj)</p>	<p>Time-Heure</p>

This material has been prepared solely for use at The Ottawa Hospital (TOH). TOH accepts no responsibility for use of this material by any person or organization not associated with TOH. NO part of this document may be reproduced in any form for publication without permission of TOH.

Ce document a été préparé pour l'usage exclusif de L'Hôpital d'Ottawa (L'HO). L'HO n'assume aucune responsabilité concernant l'utilisation de ce document par une personne ou un organisme sans lien avec L'HO. AUCUNE partie de ce document ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit sans la permission de L'HO.