



Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Dépistage standardisé de la dysphagie

Pour les usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie, des sciences neurologiques et d'urgence. **Si l'usager est porteur d'une trachéotomie ou a des antécédents de dysphagie, il est contre-indiqué de procéder au dépistage. Dans ce contexte clinique, discutez avec le médecin traitant, l'orthophoniste et la nutritionniste pour la conduite à suivre.**

ÉTAPE A : ÉVALUATION DES CRITÈRES PRÉALABLES AU DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE

Clientèle AVC : À compléter dans les 4 h après l'arrivée à l'urgence et avant la première prise de liquide ou d'aliments. Si usager thrombolysé, se référer aux ordonnances post-thrombolyse.

Clientèles telles que décrites dans la RSI-011 (excluant AVC) : À compléter dans les 24 h après l'admission ou entre 2 h et 24 h post-extubation et avant la première prise de liquide ou d'aliments.

Clientèle avec canule nasale à haut débit humidifié (Optiflow^{MC}): À compléter lorsque l'usager est sous Optiflow^{MC} et à refaire lorsque l'Optiflow^{MC} est cessé.

1. L'usager est-il éveillé et alerte, ou capable de répondre à la parole ? Oui Non
2. L'usager est-il capable d'être en position assise à 90⁰ en maintenant sa tête alignée ? Oui Non

Si vous avez répondu **NON** à **L'UNE** des questions ci-dessus :

NE POURSUIVEZ PAS L'ÉVALUATION DES CRITÈRES PRÉALABLES AU DÉPISTAGE**

**Réévaluez les critères 1 et 2 à toutes les 24 heures.

Si l'usager ne se qualifie pas pour le dépistage, discutez de l'hydratation et de la nutrition avec le médecin traitant **ET** la nutritionniste.

3. L'usager peut-il tousser à la demande ? Oui Non
4. L'usager peut-il avaler sa salive ? Oui Non
5. L'usager est-il capable de se lécher la lèvre supérieure ET inférieure ? Oui Non
6. L'usager est-il eupnéique sans venti-masque, avec une concentration d'O₂ et une SpO₂ stables ? Oui Non

Si vous avez répondu **OUI** aux questions 3 à 6 : **ÉVALUEZ LE CRITÈRE 7.**

Si vous avez répondu **NON** à **L'UNE** des questions 3 à 6 : **NE POURSUIVEZ PAS L'ÉVALUATION.**

AVISEZ LE MÉDECIN TRAITANT ET RÉFÉREZ À L'ORTHOPHONISTE ET À LA NUTRITIONNISTE.

7. L'usager a-t-il une voix « mouillée » ou « rauque » ou « de faible intensité » ou « ne produit pas de son » ?
(Parler avec l'usager ET demander de dire aaah pour l'analyse de la voix)

NON : PROCÉDEZ AU DÉPISTAGE

OUI ou DOUTE : ARRÊTEZ, AVISEZ LE MD TRAITANT ET RÉFÉREZ À L'ORTHOPHONISTE ET À LA NUTRITIONNISTE

Évaluation effectuée par : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

Orthophoniste si problème, req. faxée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Nutritionniste si problème, req. faxée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Médecin traitant avisé si problème : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

DÉPISTAGE STANDARDISÉ DE LA DYSPHAGIE

Nom : _____

Prénom : _____

dossier : _____

ÉTAPE B : DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE

USAGER ALERTE ET EN POSITION ASSISE À 90°

Lors de l'identification d'un problème vous empêchant de compléter le dépistage, cochez le carré correspondant à l'étape échouée. Avisez le médecin lors de l'identification d'un problème.

Donnez une première cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	<input type="checkbox"/> Aucune tentative d'avaler, ou fuite d'eau de la bouche, ou présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une deuxième cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une troisième cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez un petit verre d'eau (125 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une compote suivie d'un biscuit et faites dire aaah après avoir avalé chacune des textures	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Eau claire permise* Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		

Si AUCUN PROBLÈME : Débuter une diète appropriée à la condition de santé de l'usager. Obtenir l'ordonnance médicale pour la diète dans les 12 h suivant le dépistage. Assurez-vous que l'usager est assis à (90°) pour manger **ET** supervisez le premier repas (par l'infirmière). Pour toutes préoccupations, référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste.

RÉPÉTEZ L'ÉVALUATION ET LE DÉPISTAGE S'IL Y A DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL OU DE LA FONCTION DE LA DÉGLUTITION

Si aucune préoccupation, poursuivre l'alimentation et maintenir une surveillance attentive aux différents signes de dysphagie.

Dépistage effectué par : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

Problème identifié : Oui Non Incertain

Orthophoniste si problème, req. faxée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Nutritionniste si problème, req. faxée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Médecin traitant avisé si problème : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Traduction libre et adaptation du Standardised Swallowing Screen, Perry, L. (2001). J Clin Nurs, 10, 463-473