



PTI PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

Thème : suivi systématique MPOC

No de dossier: _____

NOM: _____

PRÉNOM: _____

D.D.N.: _____

(AAAA/MM/JJ)

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

| Date | Heure | N° | Problème ou besoin prioritaire | Initiales | RÉSOLU / SATISFAIT | | | Professionnels/ Services concernés |
|------------|-------|----|--------------------------------|-----------|--------------------|-------|-----------|---------------------------------------|
| | | | | | Date | Heure | Initiales | |
| 2011-03-31 | 8h00 | 1 | MPOC sévère décompensée | BY | | | | Pneumologue Inhalo |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

SUIVI CLINIQUE

| Date | Heure | N° | Directive infirmière | Initiales | CESSÉE / RÉALISÉE | | |
|------------|-------|----|--------------------------------------|-----------|-------------------|-------|-----------|
| | | | | | Date | Heure | Initiales |
| 2011-03-31 | 15h00 | 1 | Appliquer le suivi systématique MPOC | BY | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Signature de l'infirmière | Initiales | Programme/Service | Signature de l'infirmière | Initiales | Programme/Service |
|---------------------------|-----------|-------------------|---------------------------|-----------|-------------------|
| Bejjaje, Yasmina | BY | SPPA | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Inspiré du document produit par l'OIIQ

