

RÉDACTION DES NOTES D'ÉVOLUTION CLINIQUE DES INFIRMIÈRES Secteur hospitalier



TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION	3
NOTES D'ÉVOLUTION CLINIQUE	4
BUTS DES NOTES D'ÉVOLUTION CLINIQUE	4
CRITÈRES DE QUALITÉ	5
NATURE ET CONTENU	5
NATURE ET CONTENU	6
MÉTHODE DE RÉDACTION	7
PRINCIPES ET RÈGLES DE RÉDACTION	8
FRÉQUENCE DE RÉDACTION	10
LA RÉDACTION DES NOTES D'ÉVOLUTION CLINIQUE PAR L'ÉTUDIANTE INFIRMIÈRE, L'EXTERNE EN SOINS INFIRMIERS OU LA CANDIDATE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE (CEPI)	11
SITUATION CLINIQUE ET SOINS PONCTUELS	12
<i>ADMISSION, DÉPART, TRANSFERT ET SITUATIONS QUOTIDIENNES</i>	12
ADMISSION D'UN USAGER	12
ENTREVUE AVEC L'USAGER, SA FAMILLE ET LES PROCHES	14
SUIVI INDIVIDUEL	15
ENSEIGNEMENT À L'USAGER, À SA FAMILLE OU AUX PROCHES	16
TRANSFERT D'UN USAGER*	17
ACCOMPAGNEMENT D'UN USAGER À L'EXTÉRIEUR	18
CONGÉ AUTORISÉ (CONGÉ DE FIN DE SEMAINE ET RETOUR DE CONGÉ)	19
CONGÉ AUTORISÉ (CONGÉ DÉFINITIF)	20
DÉPART DE L'HÔPITAL SANS AUTORISATION MÉDICALE OU USAGER EN ÉVASION	21
REFUS DE SOINS PAR L'USAGER	22
SITUATIONS CLINIQUES ET SOINS PONCTUELS	23
<i>GESTION DES ORDONNANCES</i>	23
ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT PRN	23
ADMINISTRATION D'UN STAT	25
APPEL AU MÉDECIN DE GARDE	26
ORDONNANCE COLLECTIVE	27
MÉDICATION INJECTABLE	29
MODIFICATION APPORTÉE À UNE ORDONNANCE MÉDICALE/PHARMACEUTIQUE OU D'UNE NOUVELLE ORDONNANCE	31
ORDONNANCES ET PRESCRIPTION TÉLÉPHONIQUE	32
SITUATIONS CLINIQUES ET SOINS PONCTUELS	33
<i>SOINS PHYSIQUES SPÉCIFIQUES</i>	33
CONVULSIONS	33
CONSULTATION POUR AFFECTION PHYSIQUE	35
MANŒUVRE DE HEIMLICH	36
MANŒUVRE DE RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE	37
DÉCÈS D'UN USAGER HOSPITALISÉ*	38
PRÉLÈVEMENT SANGUIN	39
SITUATIONS CLINIQUES ET SOINS PONCTUELS	40

<i>GESTION DES RISQUES</i>	40
ERREUR DE MÉDICATION	40
INCIDENT / ACCIDENT	41
RISQUE DE VIOLENCE ENVERS AUTRUI.....	43
RISQUE DE VIOLENCE ENVERS SOI	45
UTILISATION DE MESURES DE CONTRÔLE : ISOLEMENT-CONTENTIONS*	47
RETOUR SUITE À L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE	49
RISQUE DE CHUTE	50
ÉVALUATION DE LA DOULEUR.....	51
RISQUE DE PLAIE DE PRESSION	53
PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER ET NOTES D'ÉVOLUTION CLINIQUE	54
RAPPEL CONCERNANT LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI).....	54
CONTENU DU PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	55
ABRÉVIATIONS ET SYMBOLES À UTILISER ET LEURS SIGNIFICATIONS	60
GLOSSAIRE SANTÉ MENTALE.....	69
GLOSSAIRE SANTÉ PHYSIQUE	78
RÉFÉRENCES	81

INTRODUCTION



Le présent document précise les exigences de rédaction des notes d'évolution clinique des infirmières du secteur hospitalier de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

La rédaction des notes d'évolution constitue une activité professionnelle de première importance dans la qualité et la continuité des soins. Les notes d'évolution témoignent de l'évaluation faite par l'infirmière de l'état de santé de l'usager, sa famille ou ses proches, de son évolution, des priorités retenues, des constats formulés, des interventions réalisées ainsi que leurs résultats et finalement le suivi assuré pour chacune des situations.

On doit retenir qu'une note d'évolution est plus qu'un simple compte-rendu d'observation. On doit pouvoir suivre l'évolution clinique de la personne ainsi que le travail professionnel effectué.

Ce document comprend sept parties. La première définit ce qu'est une note d'évolution quant aux buts, aux critères de qualité, aux différentes règles de rédaction ainsi que la fréquence de rédaction.

Les quatre parties suivantes regroupent, diverses situations cliniques sous un thème précis : les quatre thèmes sont : 1- *admission, départ, transfert et situations quotidiennes*; 2- *gestion des ordonnances*; 3- *soins physiques spécifiques* et 4- *gestion des risques*. Pour chacune des situations cliniques, on y décrit les attentes spécifiques quant au contenu des notes d'évolution clinique de l'infirmière. Quelques exemples de notes ainsi que les principaux formulaires à compléter illustrent et complètent les explications.










La sixième partie rappelle les éléments de base du plan thérapeutique infirmier et fait le lien avec les notes d'évolution.

La septième partie inclut un lexique des abréviations, symboles, acronymes et sigles approuvés par l'établissement.

Et les deux dernières sections présentent un glossaire des termes consacrés en psychiatrie en lien avec l'évaluation de l'état de santé mentale et santé physique.




BUTS DES NOTES D'ÉVOLUTION CLINIQUE


-  Font partie intégrante du dossier de l'utilisateur et constituent à ce titre un document légal;
-  Témoignent du fait que l'infirmière a exercé sa profession avec diligence et selon les normes de pratiques reconnues;
-  Témoignent de la situation clinique globale de l'utilisateur, sa famille et ses proches (aspects physiques et psychologiques) et de son évolution;
-  Témoignent des traitements et des interventions dispensés ou offerts à l'utilisateur et des résultats observés;
-  Assurent la communication au sein de l'équipe des soins infirmiers et de l'équipe interdisciplinaire, contribuant ainsi à la continuité des soins et services à l'utilisateur;
-  Permettent une meilleure coordination des soins infirmiers et assurent la continuité entre les intervenants de l'équipe multidisciplinaire;
-  Servent de référence dans l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers;
-  Fournissent des données utiles pour la recherche et le développement des sciences infirmières et de l'enseignement;
-  Permettent notamment au médecin de prendre une décision éclairée quant à l'orientation du traitement.


Pour sa part, le plan thérapeutique infirmier (PTI) est une note d'évolution distincte qui témoigne du suivi clinique de l'utilisateur par l'infirmière (OIIQ, 2008).


CRITÈRES DE QUALITÉ


La note d'évolution clinique doit satisfaire les critères de qualité suivants :


 **L'exactitude** : La note d'évolution doit être juste, conforme à la réalité, exempte d'interprétation, fondée sur des faits et objective, c'est-à-dire décelable ou observable. Les données subjectives, c'est-à-dire ce que rapporte l'utilisateur, sa famille ou ses proches sont aussi recevables : on doit cependant en donner la source et expliquer le contexte. Toute interprétation non validée auprès de l'utilisateur et tout jugement de valeur peuvent nuire à la prise de décision clinique concernant l'utilisateur et peuvent même lui causer un préjudice.

 **La pertinence** : La note d'évolution doit être relative à l'utilisateur et appropriée à sa condition. Elle informe des soins prodigués et des réactions de l'utilisateur aux soins. Elle apporte de nouveaux éléments utiles pour mieux connaître l'utilisateur.

 **La complétude** : La note d'évolution traite en profondeur du sujet et elle permet de suivre l'évolution de la situation de santé de l'utilisateur en apportant des faits nouveaux. Elle doit également permettre la reconstitution des faits lors de certains événements : ex. fugue, mise en isolement, geste d'agression, etc.

 **La chronologie** : Les faits sont décrits selon une suite logique dans le temps c'est-à-dire dans l'ordre de déroulement des événements.














 **La concision** : Les faits se rapportent aux observations essentielles en utilisant des termes justes, un style télégraphique ainsi que les abréviations, symboles, acronymes et sigles approuvés par l'établissement.

 **L'absence de faute d'orthographe** : Favorise une meilleure compréhension des éléments écrits et contribue à une plus grande précision. Elle confère également une plus grande crédibilité et démontre le professionnalisme de l'infirmière. On associe souvent la rigueur et la qualité des soins à la qualité de la note.

Ce qui confère le plus de crédibilité aux notes d'évolution est leur qualité

NATURE ET CONTENU

La note d'évolution clinique doit contenir :

-  Les données relatives à l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de l'utilisateur;
-  Les informations pertinentes recueillies auprès de l'utilisateur, sa famille et ses proches;
-  Les changements dans la condition clinique de l'utilisateur ou les paramètres significatifs tirés du monitoring de même que leur interprétation;
-  Les réactions de l'utilisateur aux soins et les résultats obtenus à la suite des soins et traitements;
-  Les situations de soins ponctuels;
-  La détermination et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI);
-  Les priorités de soins retenues;
-  La description des interventions effectuées et les ajustements apportés le cas échéant;
-  Les interventions de soins infirmiers planifiées;
-  Les résultats des soins et traitements, y compris ceux mesurés à l'aide d'instruments d'évaluation ou grille d'observation;
-  L'enseignement dispensé à l'utilisateur, sa famille et ses proches;
-  Les événements liés à la situation de santé de l'utilisateur;
-  Les explications des décisions cliniques de l'infirmière.

MÉTHODE DE RÉDACTION

Différentes méthodes de rédaction des notes d'évolution clinique ont été développées afin d'aider l'infirmière dans sa rédaction. Nous retenons ici la méthode SOPIER qui crée un lien logique entre les besoins identifiés chez l'utilisateur et ses proches, les interventions infirmières de même que leurs résultats.



Méthode SOAPIER :

- **S** : données subjectives (symptômes)
- **O** données objectives (signes)
- **A** : analyse et interprétation
- **P** : processus d'enseignement
- **I** : interventions
- **E** : évaluation
- **R** : révision

PRINCIPES ET RÈGLES DE RÉDACTION




Le dossier de l'utilisateur est un document légal. Les notes d'évolution cliniques constituant de ce dossier décrivent l'état de santé physique et mentale de l'utilisateur et témoignent des soins infirmiers prodigués. Aussi, faut-il respecter certaines règles relatives à leur présentation et à leur contenu :

1. Écrire **lisiblement à l'encre bleue** en lettres cursives ou en caractères d'imprimerie, sans faute de syntaxe et d'orthographe;
2. Identifier ou adressographier le formulaire de note d'évolution au nom de l'utilisateur avec numéro de dossier et ce **recto-verso**;
3. Écrire soi-même les notes d'évolution clinique concernant les soins et interventions dispensés à l'utilisateur, sa famille et ses proches;
4. Désigner au préalable une personne pour rédiger une seule note d'évolution lors d'intervention de groupe avec un autre professionnel,
5. Citer les propos de l'utilisateur, sa famille et ses proches si pertinents, textuellement et précédés par deux points (:) et encadrés de guillemets (« »);
6. Utiliser la ponctuation judicieusement : on ne devrait pas y retrouver des points d'exclamation, d'interrogation ou de suspension à moins qu'il s'agisse de rapporter les propos d'un usager;
7. Débuter les phrases par une majuscule;
8. Utiliser un vocabulaire médical et scientifique reconnu;
9. Respecter les abréviations, symboles anacrogynes et sigles approuvés par l'établissement (voir section 6);
10. Indiquer la date complète et l'heure selon le système horaire international de 24 heures soit :
 - a. **date** : l'année, le mois, le jour
 - b. **heure** : toujours spécifier l'heure de vos notes.
 - c. suivre le système horaire international de 24 heures, donc pas de confusion a.m. / p.m.
Ex. : 9 h = 9 heures du matin
18 h = 6 heures du soir
11. Préciser les heures d'observation/interventions/événements, notes situées dans le temps et par ordre chronologique permettant une reconstitution des faits;

12. Corriger les erreurs en plaçant entre parenthèses ou en rayant d'un seul trait à l'encre le mot ou la phrase pour qu'il soit possible de lire ce qui était écrit. Écrire en lettres détachées le mot **ERREUR** au-dessus de ce trait, initialer et dater;
13. Ne pas corriger ni modifier les notes en ajoutant de l'information entre les lignes ou dans la marge;
14. Tirer un trait dans les espaces vides ou partiellement vides avant et après le texte afin qu'il ne soit pas possible d'insérer autre chose entre la fin des observations et la signature de l'infirmière;
15. Advenant le cas où une prescription médicale suscite un questionnement, l'infirmière a la responsabilité d'en discuter avec le médecin concerné. Les éléments de cette discussion, ainsi que la décision prise, doivent se retrouver dans la note d'évolution clinique;
16. Signer la note de façon lisible et compréhensive de façon à permettre d'identifier l'infirmière qui a rédigé la note, comprenant le prénom au complet, le nom de famille et le titre professionnel;
17. Ne pas rédiger une note d'évolution clinique pour quelqu'un d'autre;
18. Conserver obligatoirement le formulaire de notes d'évolution clinique. Il ne doit jamais être détruit, peu importe son état;
19. Utiliser un **crayon à l'encre indélébile bleue**. L'utilisation de correcteur liquide ou de ruban correcteur opaque est proscrite;
20. Inscrire les observations de façon objective avec des termes mesurables, i.e. exemptes de termes vagues;
21. **Éviter** les formulations stéréotypées ou de jugement de valeur. Par exemple : *Déambule sur l'unité de bonne humeur. Disponibilité offerte, mais n'en profite pas.* Ou bien : *Accaparant, demandant, etc.*

FRÉQUENCE DE RÉDACTION






L'infirmière rédige une note d'évolution clinique au dossier :

-  À chaque fois que la condition clinique (physique ou mentale) de l'usager le justifie;
-  Lors de modification apportée à une ordonnance médicale / pharmaceutique / traitement ou d'une nouvelle ordonnance;
-  Lors du suivi clinique effectué suite à une modification apportée à une ordonnance médicale/pharmaceutique.

L'infirmière inscrit dans la note au dossier « Détermination ou ajustement de PTI dans les situations suivantes :

- a. Lors de détermination du PTI;
- b. Lors d'un ajustement au PTI.








Liste des situations cliniques nécessitant la rédaction de notes évolutives sur chaque quart de travail :

-  Utilisation de mesures de contrôle : isolement-contentions, tel qu'indiqué au protocole;
-  Usager sous surveillance constante ou étroite;
-  Usager dont la situation clinique est instable (physique ou psychiatrique);
-  Usager présentant un ou des facteurs de risque (ex. : agitation, agressivité, suicidaire, chute, fugue,,,);
-  Usager avec statut légal (ordonnance de traitement, détention (TAQ), garde en établissement).

LA RÉDACTION DES NOTES D'ÉVOLUTION CLINIQUE PAR L'ÉTUDIANTE INFIRMIÈRE, L'EXTERNE EN SOINS INFIRMIERS OU LA CANDIDATE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE (CEPI)

Les notes d'évolution clinique rédigées par l'étudiante, l'externe ou la candidate ont une valeur légale aussi importante que celles rédigées par l'infirmière. Quel que soit le niveau d'encadrement dont l'étudiante, l'externe ou la candidate fait l'objet (supervision, jumelage, préceptorat) elle assume une responsabilité personnelle à l'égard de ses interventions en milieu clinique, y compris la rédaction des notes d'évolution. Lorsqu'elle rédige ses notes, elle intervient dans la prestation des services offerts par l'établissement et répond de ses actes professionnels. L'infirmière n'agit jamais au nom de celle-ci dans la rédaction de ses notes et elle n'est aucunement tenue de contresigner les notes de l'étudiante, de l'externe ou de la candidate.

Quant à l'infirmière responsable des soins à l'usager, le fait que l'étudiante, l'externe ou la candidate intervienne auprès de l'usager et rédige les notes d'évolution s'y rapportant **ne la dispense aucunement** de sa propre responsabilité à l'égard du contrôle des soins fournis à cet usager **et de l'obligation de rédiger ses propres notes d'évolution clinique à cet égard**. Si l'infirmière constate une anomalie à la lecture de ces notes, elle est tenue de prendre les mesures nécessaires pour corriger la situation.

-  Les étudiantes, les externes et les candidates doivent rédiger des notes d'évolution concernant les usagers sous leurs soins;
-  Les notes d'évolution rédigées par les étudiantes, les externes et les candidates ont la même valeur légale que celles rédigées par l'infirmière;
-  L'infirmière qui supervise l'étudiante, l'externe ou la candidate peut lui donner des directives sur la façon dont elle doit rédiger la note; elle peut également demander que l'étudiante, l'externe ou la candidate y apporte des correctifs;
-  L'infirmière n'est pas tenue de contresigner les notes de l'étudiante, de l'externe ou de la candidate; cependant, si elle appose sa signature, elle endosse le contenu de la note;
-  **L'étudiante** appose sa signature accompagnée des abréviations "Ét. soins inf." ou "Ét. sc. Inf.";
-  **L'externe en soins infirmiers** appose sa signature accompagnée des abréviations "Ext. soins inf.";
-  **La candidate à l'exercice de la profession** appose sa signature accompagnée de l'abréviation "CEPI".

SITUATION CLINIQUE ET SOINS PONCTUELS

Admission, départ, transfert et situations quotidiennes



ADMISSION D'UN USAGER (À l'unité)

1. Date, heure d'arrivée et accompagnateur;
2. Statut ambulatoire (sur pieds, en fauteuil roulant, sur civière, en ambulance);
3. Usage de matériel thérapeutique (cane, marchette, etc.);
4. Éléments de communication entre les infirmières de l'urgence et/ou l'unité et/ou la ressource communautaire;
5. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : ce que l'utilisateur sa famille et ses proches rapportent au plan physique, émotionnel, effets secondaires, etc.;
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, effets secondaires, etc.;
6. Suite à l'entrevue avec l'utilisateur, inscrire « mise en place ou ajustement de PTI » dans la note d'évolution clinique;
7. Identification des facteurs de risques au PTI;
8. Réaction de l'utilisateur face à son admission et ses attentes;
9. Soins infirmiers prodigués.
10. Visite de l'unité
11. Décompte des effets personnels

Exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	14 :00	Arrivé sur pied de l'urgence accompagné d'un PAB et garde de
		sécurité. Circule lentement, mais solidement. Allure négligée, cheveux
		cheveux ébouriffés, vêtements fripés. S'exprime peu au départ et à
		voix basse. Regard fuyant. Dit ignorer pourquoi il est ici, mais collabore

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
		à la routine d'admission. Rencontré avec présence de PAB.
		Méfiant et brusque lorsqu'on l'approche. Se montre agacé lorsqu'on
		Est derrière lui, se retourne sans cesse. N'aime pas se faire examiner
		selon lui. Réagit aussi lorsqu'on s'approche de lui. Attitude méfiante.
		Discours qui s'accélère. Nous le rassurons. -----
		Vu par la suite pour un entretien d'admission. Prise de signes vitaux,
		taille, poids : sur feuille de paramètres vitaux. -----
		Dit avoir une cicatrice à la jambe droite, due à une infection antérieure.
		Ø autre maladie. Difficulté à préciser la qualité de son sommeil,
		« je n'ai pas besoin de dormir ». Nie avoir des problèmes
		psychiatriques. Dit ne pas aimer prendre de la médication.
		Dit aussi ne pas avoir d'hallucination, mais se dit importuné par les
		« questions, les médecins, les armées, les hélicoptères, les -----
		vaisseaux spatiaux ». Discours qui s'accélère à nouveau.
		Éléments de grandeur : aurait fait faire beaucoup d'argent à
		« Bo-plastique », 10 billions de millions de dollars. Nous l'apaisons à
		nouveau. Demeure tout de même hypervigilant. Se montre
		convaincu de ses propos. Devient facilement irritable. -----
		On dévie tranquillement le sujet. -----
		Ø d'idée suicidaire. Jamais faite de tentative suicidaire selon lui. -----
		Aurait été hospitalisé à l'hôpital Général de Montréal, -----
		Hôpital St-Luc, Hôtel-Dieu. -----
		Décompte des effets personnels fait par PAB. -----
		Informé des règles de l'unité et déroulement des différentes
		Activités quotidiennes. Visites des principales pièces de l'unité.
		Pose peu de questions. -----
		Rôle des intervenants expliqué. Informé aussi qu'il sera rencontré par
		le médecin ce PM ou demain. Invité à s'adresser à nous si besoin.
		Circule sur l'unité par la suite. ----- Lyne Bouchard inf. -----

ENTREVUE AVEC L'USAGER, SA FAMILLE ET LES PROCHES

1. Date, heure;
2. Éléments d'évaluation clinique et, s'il y a lieu, noter l'approche utilisée;
3. Résumé du contenu de la rencontre (sujet abordé, génogramme, écocarte, contenu émotionnel, préoccupations exprimées...)
4. Durée;
5. Interventions de l'infirmière et réaction de l'utilisateur, sa famille ou les proches aux interventions proposées.

Exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	10 :30	<i>Entrevue au sujet de la prise de Rx en présence du père : accueille bien le fait que nous doutons de son adhésion au Tx. Explique qu'il va beaucoup mieux et qu'il ne voit pas la nécessité de poursuivre la Rx. Explications données sur l'action de la Rx et les risques de rechutes. Ne souhaite pas vivre avec les effets secondaires : bouche sèche, étourdissement. Enseignement fait pour réduire les effets secondaires : accepte de mettre en pratique les moyens enseignés. Soutien du père pour la prise de Rx, bonne collaboration de l'utilisateur. Se retire à la salle de télé. ----- Guylaine Blais, inf.</i>

SUIVI INDIVIDUEL

1. Date, heure;
2. Lieu de rencontre;
3. Objectifs visés de la rencontre s'il y a lieu (soutien, exploration, clarification, retour sur situation, enseignement, etc.);
4. Priorités exprimées par l'utilisateur, sa famille et ses proches;
5. Attitude ou collaboration de l'utilisateur
6. Principaux éléments ou thèmes abordés durant la rencontre;
7. Interventions de soins infirmiers et leurs résultats;
9. Réaction spécifique de l'utilisateur, sa famille et ses proches pendant ou suite à l'entretien;
10. Éléments de suivi de soins infirmiers (prochaine rencontre, thèmes qui seront abordés à la prochaine rencontre, etc.).

ENSEIGNEMENT À L'USAGER, À SA FAMILLE OU AUX PROCHES

1. Date, heure;
2. Participants (usager, sa famille ou ses proches ou autres professionnels);
3. Nommer le programme d'enseignement s'il y a lieu;
4. Objectifs visés par l'enseignement (acquisition de nouvelles connaissances, de nouvelles habilités, etc.);
5. Attentes mutuelles;
6. Principaux aspects du contenu de l'enseignement dispensé;
7. Stratégies éducatives utilisées (matériel audiovisuel, jeux de rôle, brochure d'informations, etc.);
8. Réactions des participants à l'enseignement (influence des croyances/valeurs, inquiétude, collaboration, compréhension des informations, intégration, difficulté d'apprentissage, etc.);
9. Compréhension ou rétention de l'enseignement;
10. Satisfaction de l'usager, sa famille ou ses proches en regard de l'enseignement reçu;
11. Éléments de suivi de soins infirmiers (disponibilité de l'équipe, prochain rendez-vous, interventions retenues, stratégies retenues, etc.);

TRANSFERT D'UN USAGER* **(Unité, ressources ou établissement)**

***S'assurer de respecter la procédure en vigueur**

1. Date, heure;
2. Raison du transfert;
3. Condition clinique de l'utilisateur au départ;
4. Statut ambulatoire (sur pieds, en fauteuil roulant, sur civière, en ambulance);
5. Réactions de l'utilisateur au transfert (humeur, comportement, propos verbaux, collaboration ou non,...);
6. Effets, carte ou argents remis à l'utilisateur
7. Accompagnateur
8. Informations transmises lors du transfert;
9. Information transmise à la famille et aux proches;
10. Lieu du transfert.

ACCOMPAGNEMENT D'UN USAGER À L'EXTÉRIEUR (Centre de crise, examen, urgence, etc.)

1. Date, heure;
2. Destination, accompagnateur (fonction);
3. Moyen de transport utilisé;
4. Objectifs visés par l'accompagnement;
5. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : ce que l'utilisateur sa famille et ses proches rapportent au plan physique, émotionnel, etc.;
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, etc.;
6. Interventions de soins infirmiers réalisées auprès de l'utilisateur, sa famille et ses proches;
7. Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière;
8. Renseignements transmis aux divers intervenants;
9. Éléments de suivi de soins infirmiers (prochain rendez-vous, implication de la famille et des proches, suivi auprès du médecin traitant, etc.).

CONGÉ AUTORISÉ (Congé de fin de semaine et retour de congé)

1. Date, heure;
2. Enseignement de départ et compréhension de l'usager à l'enseignement s'il y a lieu;
3. Condition clinique de l'usager au départ;
4. Heure, statut ambulatoire et accompagnateur lors du départ;
5. Lieu de résidence ou de destination au complet.

Au retour

1. Date, heure;
2. Condition clinique de l'usager au retour;
3. Information quant au déroulement du congé et la gérance de la Rx.

Exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	14 : 00	Rencontré pour préparation du congé. Se dit prêt même si un peu anxieux. Rappels faits quant à l'application de ses activités de relaxation. Rassuré aussi par le soutien de son père et la possibilité d'appeler à l'unité au besoin. Explications données sur la façon de gérer sa Rx et ses PRN. Comprend bien les explications. -----
	15 : 00	Quitte sur pied en compagnie de son père. Souriant et manifestement Content de sortir. Rx remis. Sera chez le père pour la fin de sem. ----- -----Lyne Bouchard, inf. -----
13-05-04	21 :00	De retour de congé en compagnie de son père. De belle humeur. Dit que cela s'est bien passé. Le père acquiesce. Remet les PRN restants. Dit qu'il a bien réussi à gérer sa médication. A pris un PRN samedi à 15 :00 selon lui, malgré sa relaxation. Il fut efficace. A hâte au prochain congé. Envisage déjà de nouvelles activités. Encouragement Fait. Se retire ensuite à sa chambre. ----- -----Lyne Bouchard, inf.-----

CONGÉ AUTORISÉ (Congé définitif)

1. Date, heure;
2. Enseignement de départ et compréhension de l'usager à l'enseignement s'il y a lieu;
3. Condition clinique de l'usager au départ;
4. Heure, statut ambulatoire et accompagnateur lors du départ;
5. Lieu de résidence ou de destination au complet;
6. Date du rendez-vous en clinique externe (spécifier le nom de la clinique externe);
7. Information transmise à l'infirmière de la clinique externe ou de la ressource (date de la prochaine injection ou prélèvement sanguin, facteur de risque, présence d'affection physique, etc.);
8. Documentation faxée à la clinique externe (cheminement clinique, PTI, etc.).

Exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	14 :00	<i>En préparation du congé définitif : rencontre avec l'usager et parents concernant la RX. Bonne compréhension et collaboration. Se dit heureux de quitter. Symptômes compensés, comportement et propos appropriés -----.</i>
	14 :45	<i>Départ en compagnie de ses parents pour retour à son appartement. Effets personnels, argent, cartes, prescription de départ et médication, référence à la clinique externe Anjou avec coordonnées de l'inf. remis.</i>
	15 :00	<i>Résumé de dossier, PTI, dernière prescription et date de la prochaine injection transmis à l'inf. de la clinique Anjou. – Guylaine Blais, inf. ----</i>

DÉPART DE L'HÔPITAL SANS AUTORISATION MÉDICALE OU USAGER EN ÉVASION

(Fugue, usager en détention sous TAQ, absence non autorisée)*

1. Date, heure du constat d'absence;
2. Évaluation et inventaires des facteurs de risque de gravité par inf. et le md (voir politique);
3. Démarches faites pour le retrouver;
4. Interventions faites sur l'unité ou l'environnement (tous les édifices et tout le terrain de l'hôpital. Appel à la sécurité, appel à la famille, aux proches, etc.);
5. Endroit, heure et comportement de l'usager lorsqu'il a été aperçu la dernière fois. Événements spécifiques qui ont eu lieu avant son départ;
6. Personnes avisées de l'absence de l'usager (gestionnaires en responsabilité, psychiatres etc.);
7. Détails, habillement ou traits caractéristiques de la personne;
8. Communication, information reçue durant l'absence;
9. AU RETOUR, résultat de l'évaluation clinique de l'usager incluant les facteurs de risque;
10. Appel au médecin traitant et gestionnaire en responsabilité, famille et proches;
11. Compléter rapport incident/accident AH-223.

*** Référer à la politique et procédures PR-LE-501**

REFUS DE SOINS PAR L'USAGER (Examen, traitement, prélèvement ou intervention et services) *

1. Date, heure;
2. Type de communication en regard du refus (au téléphone, à domicile, à la clinique);
3. Raison exprimée par l'utilisateur, ce qui motive le refus (effets secondaires, mode d'administration, sentiment de crainte, d'insécurité ou d'anxiété, incompréhension des soins proposés et des conditions d'administrations, etc.);
4. Information transmise à l'utilisateur par l'inf. concernant son droit de refus et la notion de consentement libre et éclairé;
5. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : ce que l'utilisateur, sa famille ou ses proches rapporte au plan physique, émotionnel, etc.);
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, etc.);
5. Interventions de soins infirmiers auprès de l'utilisateur, sa famille ou ses proches (possibilité d'entente avec l'utilisateur, moyens pour susciter sa collaboration aux soins, temps de réflexion,);
6. Enseignement fait à l'utilisateur et ses proches sur la nature et le but des soins proposés, les avantages et les inconvénients, les risques ou effets secondaires qu'ils présentent, sur le mode d'administration, des conséquences du refus ou d'une absence de soins, des autres solutions ou alternatives possibles, le cas échéant, aux soins proposés;
7. Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière;
8. Éléments de suivi de soins infirmiers (prochain rendez-vous, médecin avisé, implication de la famille ou de ses proches, discussion en équipe multidisciplinaire, etc.).

*** Référez aux politiques et règlements suivants : PL-LE-96 (consentement aux soins) et PL-LE-100 (conduite à suivre lors d'un refus de soins par l'utilisateur).**

SITUATIONS CLINIQUES ET SOINS PONCTUELS

Gestion des ordonnances



ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT PRN

1. Date, heure;
2. Condition clinique de l'utilisateur justifiant le PRN
3. Raison d'administration du médicament PRN;
4. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : ce que l'utilisateur sa famille et ses proches rapporte au plan physique, émotionnel, effets secondaires, etc.;
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, effets secondaires, etc.;
5. Prise des signes vitaux ou impossibilité de les prendre (préciser);
6. Niveau de collaboration de l'utilisateur;
7. Description de la médication administrée ou référence à un protocole ou ordonnance collective;
8. Effet du PRN ou autres réactions présentées;
9. Résultats des interventions.

Exemple # 1 :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	8 : 15	Présente de l'agitation psychomotrice. Tendue, soliloque. Tourne en rond dans sa ch. Rencontré à la ch. avec PAB. Propos délirants, craint qu'on lui enlève son cœur. Tentons de le rassurer, d'apaiser son anxiété de diminuer ses craintes délirantes. Peu efficace. Invité à faire un peu de lecture pour faire diversion. Dit être incapable de se concentrer.
		Lui offrons PRN afin de ↓ anxiété et idées délirantes. Accepte sans difficulté. -----
	8 : 45	Haldol 5mg + bédryl 50 mg p.o. afin de diminuer agitation et idées

		délirantes. -----
		Continue de marcher en rond dans sa ch. par la suite, puis s'installe
		sur son lit. Plus calme. -----
		Surveillance assurée q 15 min x 1heure vu situation -----
		Faciès plus dégagé, dit se sentir mieux, mais élabore peu. Paraît
		effectivement plus calme. S'installe au salon, mais tendance à s'isoler
		de ses pairs. Silencieux, observe l'entourage par moment. Sourit à la
		blague d'un pair. Accepte la présence d'un membre du personnel auprès
		lui, mais n'initie pas la conversation. -----Lyne Bouchard, inf. -----

Exemple # 2 :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	8 :15	À sa chambre, au fauteuil : accuse céphalée 8/10 échelle d'intensité
		de la douleur. Explique avoir mal dormi en raison du va-et-vient sur
		l'unité. Tylnol, 500 mg po PRN administré afin de diminuer douleur.
		S'étend au lit. -----
	10;30	Circule sur l'unité, dégagé agréable au contact, se dit soulagé suite au
		PRN reçu. Devient toutefois plus anxieux à l'annonce de la rencontre
		de 14 :00 : préoccupé par la réaction de son épouse face à l'annonce du
		Dx. Verbalise facilement, capable de gérer les tensions, s'occupe à
		mettre de l'ordre dans sa chambre. ----- Guylaine Blais, inf.

ADMINISTRATION D'UN STAT

(Médication injectable ou per os, prélèvement sanguin)

1. Date, heure;
 2. Nom du médecin qui a prescrit le stat;
 3. Si ordonnance téléphonique (se référer à cette situation de soins);
 4. Condition clinique de l'usager justifiant l'administration d'un stat;
 5. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : ce que l'usager sa famille et ses proches rapporte au plan physique, émotionnel, effets secondaires, etc.;
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, effets secondaires, etc.;
 6. Signes vitaux (TA, pouls, T°, saturation, respiration (au besoin));
 7. Poids (au besoin);
 8. Interventions de soins infirmiers :
 - a. Interventions de l'infirmière avant l'administration d'un stat, s'il s'agit d'une médication;
 - b. prélèvement sanguin : se référer à cette situation de soins;
 - c. médication injectable : se référer à cette situation de soins;
 9. Réactions de l'usager face aux interventions de l'infirmière;
 10. Collaboration de l'usager durant l'intervention;
 11. Effet de la médication, s'il y a lieu;
 12. Résumé des interventions faites (information, enseignement, etc.);
 13. Éléments de suivi de soins infirmiers (prochain rendez-vous, implication de la famille et des proches, etc.).
- **Lorsqu'un médicament narcotique est administré, mettre en place le suivi clinique avec le formulaire « Surveillance clinique-analgésiques narcotiques (opiacés) » (voir section sur l'évaluation de la douleur).**

APPEL AU MÉDECIN DE GARDE

1. Date, heure;
 2. Condition clinique de l'utilisateur nécessitant l'appel;
 3. Présence d'affection physique ou psychiatrique connue;
 4. Résultats des paramètres cliniques : TA, pouls, T, respiration, saturation;
 5. Interventions faites qui se sont avérées inefficaces;
 6. Éléments de discussion avec le médecin;
 7. Nature de l'ordonnance prescrite;
 8. Interventions et résultats.
- ➔ **Indiquer l'ordonnance sur le formulaire d'ordonnance médicale ou pharmaceutique**

ORDONNANCE COLLECTIVE

L'infirmière qui initie une ordonnance collective doit :

- Inscrire la date, l'heure, le numéro et le titre de l'ordonnance collective sur la feuille d'ordonnance médicale, lorsqu'il s'agit d'une intervention ou sur la feuille d'ordonnance pharmaceutique, lorsqu'il s'agit d'un médicament.
- Signer l'ordonnance.

Dans la note d'évolution clinique :

1. Date, heure;
2. Condition clinique de l'usager justifiant l'utilisation de l'ordonnance collective;
3. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : perception de l'usager, expérience antérieure, déclencheurs selon lui, etc.
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle suite à son évaluation de la condition physique et mentale
 - c. prise des signes vitaux
4. Interventions de l'infirmière, dont :
 - a. le numéro et le titre de l'ordonnance collective initiée
 - b. pour un médicament : indiquer le nom, la posologie ainsi que la voie d'administration
 - c. pour un traitement : indiquer la procédure utilisée
5. Résultats des interventions;
6. Collaboration de l'usager;
7. Enseignement fait à l'usager.

Exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	14 : 00	Se présente au poste, accuse céphalée depuis le dîner. Mentionne
		s'être retiré à sa chambre pour une période de repos, mais la

		<i>douleur persiste, évaluée à 6/10 selon échelle numérique. -----</i>
		<i>Ne présente aucun autre symptôme. Calme et collabore à l'évaluation.</i>
		<i>M'informe qu'il est habituellement soulagé par Tylenol. TA : 132/84,</i>
		<i>p/s : 76, T°36³. Reçoit acétaminophène 500 mg</i>
		<i>p.o., selon OC-003, administration d'acétaminophène. Pt retourne à sa</i>
		<i>chambre. -----</i>
	<i>15 :00</i>	<i>Installé au salon. Se dit soulagé. ----- Hélène Comeau, inf. -----</i>

MÉDICATION INJECTABLE

1. Date, heure;
2. Mentionner si l'utilisateur vient d'être rencontré par le médecin;
3. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : ce que l'utilisateur, sa famille et ses proches rapporte au plan physique, émotionnel, effets secondaires, etc.;
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, effets secondaires, etc.;
4. Signes vitaux (TA, pouls, T° (au besoin); poids (au besoin));
5. Médication :
 - a. heure d'administration
 - b. nom de chaque médicament
 - c. posologie exacte
 - d. concentration et quantité
 - e. voie d'administration
 - f. site d'injection
 - g. état du site d'injection après examen visuel et palpation
 - h. si présence d'induration, en noter l'endroit et la superficie
 - i. technique utilisée (en Z ou autre)
 - j. position de l'utilisateur (debout, couché, assis);
 - k. alternance des sites s'il y a lieu
6. Particularités relatives à la médication (vérification du pouls, de la tension artérielle, présence d'effets secondaires, etc.);
7. Collaboration de l'utilisateur durant l'intervention;
8. Résumé des interventions faites auprès de l'utilisateur, sa famille et ses proches (information, enseignement, etc.);

9. Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière.
10. Assiduité à ses rendez-vous (s'il y a lieu);
11. Raison justifiant une modification de l'horaire prévu;
12. Éléments de suivi de soins infirmiers (prochain rendez-vous, implication de la famille et de ses proches, surveillance des effets secondaires, etc.).

MODIFICATION APPORTÉE À UNE ORDONNANCE MÉDICALE/PHARMACEUTIQUE OU D'UNE NOUVELLE ORDONNANCE

(Toute interrogation se rapportant à l'interprétation d'une ordonnance doit être référée au médecin ou au pharmacien)

1. Date, heure;
2. Raison justifiant la modification si connue ;
3. Niveau d'implication et de collaboration de l'utilisateur;
4. Interventions faites auprès de l'utilisateur et leur résultat;
5. Enseignement prodigué;
6. Éléments de suivi de soins infirmiers.

(Toute initiative de modification de la Rx, par exemple de donner une fraction de la dose à la demande de l'utilisateur, sinon il ne la prendrait pas, requiert une Rx médicale. Si cela est omis, on doit compléter un formulaire d'incident/accident)

ORDONNANCES ET PRESCRIPTION TÉLÉPHONIQUE *(politique et procédures PL-AP-094)

1. Date, heure;
2. Nom du médecin ou dentiste;
3. Contexte entourant l'ordonnance ou la prescription téléphonique;
4. Nature de l'ordonnance ou prescription (médication, ponction veineuse, etc.);
5. Inscrire sur le formulaire d'ordonnance médicale :
 - a. date, heure;
 - b. ordonnance téléphonique;
 - c. nom du médecin;
 - d. relire l'ordonnance du médecin afin de la valider et noter au dossier :
prescription médicale relue et confirmée par le médecin;
6. Interventions de soins infirmiers auprès de l'usager, sa famille et ses proches;
7. Réactions spécifiques de l'usager face aux interventions de l'infirmière;
8. Éléments de suivi de soins infirmiers (suivi auprès du médecin traitant, prochain rendez-vous, etc.).



CONVULSIONS

1. Date, heure;
2. Lieu de l'événement (domicile, salle d'attente, lors d'entrevue, etc.);
3. Témoin de l'événement;
4. Contexte et description de l'événement;
5. Facteurs précipitant s'il y a lieu;
6. Signes et symptômes concomitants s'il y a lieu (diaphorèse, pâleur des téguments, douleur, tachycardie, etc.);
7. Conditions cliniques de l'utilisateur;
 - a. avant :
 - changement d'humeur ou de comportement
 - sensation, odeur, goût particulier immédiatement avant la convulsion (aura)
 - ce que faisait l'utilisateur (assis, mangeait, etc.)
 - b. pendant :
 - heure, durée
 - position de l'utilisateur
 - chute, de quel côté
 - état de conscience
 - respiration
 - position de la tête, des yeux
 - état du visage
 - automatisme
 - contractions musculaires des membres
 - c. après :
 - état de conscience

- 8.** Interventions de soins infirmiers auprès de l'utilisateur et de sa famille (signes vitaux, mesures de protection, appel au 911, etc.);
- 9.** Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière;
- 10.** Éléments de suivi de soins infirmiers (relance, suivi auprès du médecin traitant, etc.);
- 11.** Renseignements transmis à la famille ou à ses proches;
- 12.** Compléter un rapport d'incident/accident (Ah-223) si chute suite à la crise convulsive.

CONSULTATION POUR AFFECTION PHYSIQUE

1. Résumé de l'évolution de la condition clinique nécessitant la demande de consultation;
2. Résultats, en lien avec l'affection physique, des paramètres cliniques (signes vitaux, saturométrie, caractéristiques de la respiration, signes neurologiques, etc.);
3. Résultat du suivi de la douleur;
4. Résumé des interventions et leur résultat;
5. Niveau d'adhésion de l'utilisateur au traitement.

MANŒUVRE DE HEIMLICH

1. Date, heure;
2. Lieu de l'événement (salle à manger, chambre, etc.);
3. Témoin de l'événement (nom et fonction);
4. Contexte entourant l'événement;
5. Facteurs précipitants s'il y a lieu;
6. Signes et symptômes concomitants s'il y a lieu (diaphorèse, cyanose, ne peut parler, etc.);
7. Condition clinique de l'utilisateur;
8. Nom et fonction de la personne qui a appliqué la manœuvre de Heimlich (préciser s'il s'agit de poussées thoraciques ou abdominales);
9. Interventions de soins infirmiers auprès de l'utilisateur, sa famille et ses proches (nombre de manœuvre appliquée, appel au 911, soutien, etc.) et leur résultat;
10. Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière;
11. Heure d'appel et d'arrivée des ambulanciers, s'il y a lieu;
12. Renseignements transmis aux ambulanciers;
13. Heure de départ et destination de l'utilisateur s'il y a lieu;
14. Dispositions prises en ce qui concerne les objets personnels de l'utilisateur (remis à la famille, aux ambulanciers, etc.);
15. Éléments de suivi de soins infirmiers (rapports d'accident, appel au médecin traitant, gestionnaire en responsabilité, etc.);
16. Heure, nom de la personne avisée et lien de parenté avec l'utilisateur.

MANŒUVRE DE RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

1. Date, heure;
2. Lieu de l'événement (chambre, salle à manger, corridor, etc.);
3. Témoin de l'événement (nom et fonction);
4. Contexte entourant l'événement;
5. Facteurs précipitants s'il y a lieu;
6. Signes et symptômes concomitants s'il y a lieu (diaphorèse, cyanose, douleur, etc.);
7. Condition clinique de l'utilisateur (signes vitaux, signes neurologiques, état de conscience, etc.);
8. Personnes qui ont participé aux manœuvres de réanimation (noms et fonctions);
9. Interventions de soins infirmiers auprès de l'utilisateur (durée de la ou des manœuvres appliquées, positionnement de l'utilisateur, appel au médecin de garde, appel au 911, médicament administré s'il y a lieu, etc.);
10. Réponse de l'utilisateur aux manœuvres de réanimation (réaction pupillaire, coloration des téguments, reprise de la pulsation et de la respiration, valeur de la pression artérielle, etc.);
11. Heure d'appel et arrivée de l'omnipraticien ou des ambulanciers (prise en charge);
12. Renseignements transmis à l'omnipraticien ou aux ambulanciers;
13. Heure de départ et destination de l'usage s'il y a lieu;
14. Disposition prise en ce qui concerne les objets personnels de l'utilisateur (remis à la famille, aux ambulanciers, etc.);
15. Éléments de suivi de soins infirmiers (rapport d'accident, suivi auprès du médecin traitant ou autre professionnel, supérieur avisé, etc.);
16. Heure, nom de la personne avisée et lien de parenté avec l'utilisateur.

DÉCÈS D'UN USAGER HOSPITALISÉ*

***Politiques et règlements de l'établissement DG 06-01**

1. Date, heure;
2. Manœuvres de réanimation faites ou non selon le niveau de soin;
3. Traitements en cours (soluté, oxygène...);
4. Informations transmises à la sécurité;
5. Personnes avisées (psychiatre, omni, cadre en responsabilité, service de pastoral, intervenante sociale s'il y a lieu, service d'accueil-admission);
6. Coordonnées de la famille, des proches ou de la ressource d'hébergement transmises au médecin;
7. Informations transmises au curateur si applicable;
8. Information transmise au coroner si pertinent.

PRÉLÈVEMENT SANGUIN

1. Date et heure du prélèvement;
2. Mentionner si l'utilisateur a été rencontré par le médecin traitant;
3. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : ce que l'utilisateur, sa famille ou ses proches rapporte au plan physique, émotionnel, etc.;
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, etc.;
4. Signes vitaux, poids au besoin;
5. Analyses faites;
6. Site de la ponction veineuse;
7. État du site de ponction (ecchymose, induration, plaie, etc.);
8. Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière;
9. Collaboration de l'utilisateur durant l'intervention de l'infirmière;
10. Assiduité à ses rendez-vous;
11. Raison justifiant une modification de l'horaire prévu;
12. Résumé des interventions réalisées auprès de l'utilisateur, sa famille ou ses proches (information, enseignement, etc.);
13. Éléments de suivi de soins infirmiers (prochain rendez-vous, implication de la famille ou des proches, etc.).



ERREUR DE MÉDICATION

1. Heure et date auxquelles s'est produite l'erreur;
2. Médication reçue par l'utilisateur ainsi que la médication qu'il aurait dû recevoir;
3. Heure à laquelle le médecin a été avisé et l'heure de la visite s'il y a lieu;
4. Contexte entourant l'événement;
5. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : ce que l'utilisateur, sa famille ou ses proches rapporte au plan physique, émotionnel, etc.;
 - b. données objectives : ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, etc.;
6. Signes vitaux;
7. Réactions de l'utilisateur consécutives à l'erreur de médicament;
8. Interventions de soins infirmiers auprès de l'utilisateur, sa famille, ses proches, accompagnateur;
9. Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière;
10. Renseignements transmis à l'utilisateur, sa famille et ses proches;
11. Éléments de suivi de soins infirmiers (implication de la famille et ses proches, aviser le médecin traitant, etc.);
12. Supérieur immédiat avisé si pertinent.
13. Formulaire de déclaration d'incident/accident complété (AH-223) →

INCIDENT / ACCIDENT

1. Date, heure du constat de l'incident / accident;
2. Le type d'incident / accident;
3. Éléments d'observation au moment de la découverte;
4. Les premiers soins ou manœuvres administrés;
5. Prise de signes vitaux incluant la saturométrie, l'évaluation de l'état de conscience, etc.;
6. Réactions de l'utilisateur aux interventions et leurs résultats;
7. Personnes avisées;
8. Heure de l'arrivée du médecin si pertinent;
9. Évolution de la condition clinique de l'utilisateur;
10. Interventions et surveillance ainsi que suivi mis en place;
11. Formulaire de déclaration d'incident/accident complété (AH-223)

Le formulaire est intitulé "RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT" et porte le numéro "212279". Il est divisé en plusieurs sections :

- Section 1 :** Informations de base (Nom de l'établissement, N° de l'incident, Date et heure du constat, Adresse).
- Section 2 :** Description de l'événement (Type d'événement, Type de blessure, Type de matériel).
- Section 3 :** Description objective et détaillée de l'événement.
- Section 4 :** Type d'événement (Chute, Électrocution, etc.).
- Section 5 :** Conséquences immédiates pour le personnel soignant.
- Section 6 :** Mesures de prévention de la récurrence.
- Section 7 :** Signé du déclarant.
- Section 8 :** Mesures de prévention de la récurrence.
- Section 9 :** Commentaires.

GESTION DES SUBSTANCES LICITES, ILLICITES ET D'ALCOOL (Politique et procédure : PL-RQ-019)

1. Date, heure;
2. Résultat de l'évaluation de la condition clinique de l'utilisateur;
3. Interventions préventives faites auprès de l'utilisateur : rappel de la politique en vigueur, enseignement sur les conséquences de la prise de drogue (augmentation de symptômes et interactions médicamenteuses, risque de rechute)
4. Informations transmises à l'utilisateur sur les mesures qui seront appliquées (dépistage, fouille, etc.);
5. Réaction de l'utilisateur aux interventions et leur résultat;
6. Niveau de consentement et de collaboration;
7. Personne avisée (médecin, sécurité...).

RISQUE DE VIOLENCE ENVERS AUTRUI

1. Date, heure;
2. Problématique exprimée et observée indiquant une intensification du niveau d'anxiété;
3. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : (ce que l'utilisateur / accompagnateur me rapporte au plan physique, émotionnel, etc.);
 - b. données objectives : (ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, etc.).
4. Éléments à évaluer et à documenter au dossier :
 - a. Nature du risque
 - b. habitude de consommation (drogue, alcool, Rx)
 - c. niveau de communication
 - d. degré d'agitation ou d'agressivité
 - e. antécédents de violence envers soi ou autrui au niveau personnel et familial
 - f. facteur déclenchant
 - g. comment l'utilisateur voit sa situation
 - h. mesures de remplacement
 - i. contact avec la réalité
 - j. accès et/ou possession d'une arme dangereuse
6. Interventions de soins infirmiers auprès de l'utilisateur, sa famille ou ses proches pour lui assurer la sécurité et l'aider à regagner ou à conserver la maîtrise de soi;
7. Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière;
8. Éléments de suivi de soins infirmiers (disponibilité de l'infirmière de la clinique externe de secteur, médecin avisé, préciser à l'utilisateur qu'il peut se présenter à l'urgence 24 heures par jour, etc.).

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	8 : 00	À sa chambre, fait du va-et-vient. Semble anxieux, faciès tendu, serre les poings. Ø contact visuel, ni verbal. Appel à 2 PAB afin d'intervenir : se fâche, parle fort, dit qu'il veut partir. L'incitons à verbaliser, répond qu'il ne veut voir personne, nous invective, s'avance vers nous, attitude intimidante. Tentons de recadrer et pacifier, mais Ø de collaboration. En escalade d'agressivité, bouscule les objets. PRN offert p.o. ou I.M. Refuse catégoriquement. -----
	8 :25	Appel fait à la sécurité, tentons à nouveau de désamorcer, mais sans succès. Devons maîtriser physiquement avec 2 PAB et 2 agents de sécurité. Amené en salle d'isolement, tente de frapper un PAB. Mis sous contentions 4 membres. Lui expliquons l'intervention, tenton de le rassurer. -----
	8 :30	Haldol 5 mg et ativan 2 mg I.M. en PRN QSED et QSEG. ----- Avisé que les contentions seront retirées dès le retour au calme. Réévaluation faite chaque 30 minutes. Feuille PIC en cours. Crie quelques minutes et s'apaise peu à peu. -----
	9 :10	Semble dormir. Contentions retirées. Poursuivons isolement porte barrée. -----
	9 : 25	Ramené à sa chambre, s'endort rapidement. -----
	12 :30	Se lève pour dîner. Plus calme, retour fait sur l'événement : accepte mal l'annulation de son congé de fin de semaine. Explications données : dit comprendre. L'invitons à venir au poste si se sent tendu ou anxieux afin d'éviter escalade. Lui demandons de réfléchir à des solutions possibles qui favoriseront la détente. -----
	14 : 00	Entrevue : revient de lui-même sur l'événement du matin, souhaiterait des rencontres plus fréquentes avec son infirmière ou le médecin afin d'être rassuré. Renforcement positif fait. Proposition inscrite au PTI. -----
	14 :30	Reçoit la visite de son frère, visiblement content. Discute avec lui à la salle à dîner. -----
	16 :00	En compagnie de son frère, semble détendu et à l'aise. ----- ----- Guylaine Blais, inf. -----

RISQUE DE VIOLENCE ENVERS SOI (Risque suicidaire)

1. Date, heure;
2. Contexte entourant la rencontre (référence, suivi, visite à domicile, appel téléphonique, etc.);
3. Problématique exprimée et observée indiquant une intensification du niveau d'anxiété;
4. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : (ce que l'utilisateur / accompagnateur me rapporte au plan physique, émotionnel, etc.);
 - b. données objectives : (ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, etc.).
5. Éléments à évaluer et à documenter au dossier :
 - a. Nature du risque
 - b. habitude de consommation (drogue, alcool, Rx)
 - c. niveau de communication
 - d. antécédents de violence envers soi ou autrui au niveau personnel et familial
 - e. planification du geste suicidaire (COQ) et référence au **formulaire d'évaluation continue de l'urgence suicidaire**
 - f. facteur déclenchant
 - g. comment l'utilisateur voit sa situation
 - h. présence de facteur de protection et de soutien d'un ou des proches
 - i. contact avec la réalité
 - j. accès et/ou possession d'une arme dangereuse
9. Interventions de soins infirmiers auprès de l'utilisateur, sa famille ou ses proches pour lui assurer la sécurité et l'aider à regagner ou à conserver la maîtrise de soi;
10. Réactions spécifiques de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière;
11. Éléments de suivi de soins infirmiers (disponibilité de l'infirmière de la clinique externe de secteur, médecin avisé, préciser à l'utilisateur qu'il peut se présenter à l'urgence 24 heures par jour, etc.).

Le formulaire est intitulé "Évaluation continue de l'urgence suicidaire" et est divisé en plusieurs sections :

- NIVEAU D'URGENCE SUICIDAIRE*** : L'échelle est de 1 à 8, allant de "LÉGER" (niveau 1) à "ÉLEVÉ" (niveau 8).
- Le plus suicidaire est de plus en plus présent (DSG) -> Colocant, etc. Suivi** : Niveau 1 (Léger) et Niveau 2 (Modéré).
- Le temps est de plus en plus court** : Niveau 3 (Modéré), Niveau 4 (Modéré), Niveau 5 (Modéré), Niveau 6 (Élevé), Niveau 7 (Élevé) et Niveau 8 (Élevé).
- CRITÈRES** : Niveau Élevé -> réévaluer à chaque début de quart et au besoin; Niveau Modéré -> réévaluer à chaque 24 hrs et au besoin; Niveau Léger -> au besoin.
- POUR CHAQUE CHANGEMENT DE NIVEAU, COMMUNIQUER À L'ÉQUIPE SOUS-LE NIVEAU DE SURVEILLANCE REQUIS.**
- ANNEE** : Une grille à remplir avec des cases pour noter les dates et les niveaux d'urgence.

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	14 :00	Rencontre à sa chambre. Visage fermé, fuit le regard. -----
		Dit se sentir moins bien. Exprime avoir des idées noires : « Des
		flash » précise-t-elle. Ça l'effraie. A peur de ce qu'elle pourrait faire
		plus tard, « dans l'avenir » ajoute-elle. Se sent toutefois en sécurité
		à l'hôpital. En parler la soulage un peu. Cela l'aide à demeurer
		plus objective. À ma question, aucun plan suicidaire. -----
		Concernant l'avenir, dit qu'elle a peur de se prendre en main. Peur de
		cette autonomie qui ferait qu'on la quitte pour la laisser à elle-même.
		Rassurée à ce propos. Explication données à l'effet que même si
		elle devenait plus autonome, on l'aiderait différemment. Elle
		pourrait compter sur notre soutien et notre aide à devenir et rester
		autonome. Discussion se poursuit à ce propos. -----
		M'apparaît un peu plus détendue par la suite. Dit qu'elle va
		réfléchir dans ce sens. -----
		Niveau d'urgence suicidaire évalué à 2. Formulaire complété. PTI
		Ajusté. ----- signature, inf. -----

UTILISATION DE MESURES DE CONTRÔLE : ISOLEMENT-CONTENTIONS* **(Se référer au protocole en vigueur)**

1. Date, heure;
2. Les faits reliés à la situation clinique
3. Les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de l'usager;
4. Les mesures de remplacement** utilisées et leurs résultats;
5. La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle;
6. La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure;
7. Le type de mesure d'isolement et de mesure de contention (s'il y a lieu);
8. La date de l'ordonnance médicale et le nom du médecin;
9. La description de l'habillement (s'il y a lieu);
10. Le comportement de l'usager durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'usager face à la mesure
11. L'évolution de la condition de santé de l'usager;
12. La fréquence et les observations lors des visites de surveillance ou de réévaluation;
13. La description des interventions posées pour satisfaire les besoins de l'usager et leurs résultats;
14. La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure;
15. La compréhension et la réaction émotionnelle de l'usager au moment du retour sur l'événement.

*** Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail, et ce, pendant toute la durée de la mesure.**

**** Mesures de remplacement sur intranet :**

Direction > Soins infirmiers > Mesures de remplacement à l'isolement et aux contentions

Exemple → voir note «risque de violence envers autrui » page 44.

USAGER SOUS SURVEILLANCE ÉTROITE OU CONSTANTE*

1. Date, heure;
2. Évolution de la condition clinique de l'usager incluant le facteur de risque;
3. Signes cliniques :
 - a. données subjectives : perception de l'usager, sa famille ou ses proches de la situation problématique
 - b. données objectives : ce que l'Infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, social, qualité de contact, cognitif, etc.;
4. Interventions mises en place et leurs résultats;
5. Directives données au PAB ainsi que facteurs de risque;
6. Niveau de collaboration de l'usager

*** L'infirmière doit rédiger une note au dossier sur chaque quart de travail**

RETOUR SUITE À L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

1. Date, heure;
2. Perceptions de l'utilisateur de l'événement;
3. Craintes exprimées par l'utilisateur;
4. Interventions faites pour permettre à l'utilisateur de retrouver la maîtrise de lui-même, son estime de soi, sa capacité à faire face à son anxiété;
5. Moyens préventifs ciblés et niveau d'adhésion de l'utilisateur;
6. Enseignement fait;
7. Ententes de soins;
8. Réactions de l'utilisateur face aux interventions de l'infirmière.

RISQUE DE CHUTE

1. Date, heure;
2. Signes cliniques :
3. Cibler les facteurs de risque de chute à l'aide de la grille d'évaluation du risque de chute et coter.
 - a. données subjectives : (ce que l'utilisateur / accompagnateur me rapporte au plan physique, émotionnel, etc.);
 - b. données objectives : (ce que l'infirmière observe ou décèle au plan physique, émotionnel, etc.).
4. Reporter au PTI
5. Interventions infirmières en lien avec les facteurs de risque de chute
6. Mention de la discussion et des décisions d'équipe prises suite à l'évaluation du risque de chute.

Exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-5-2	9;00	Arrive sur l'unité en provenance de l'urgence, démarche chancelante, rigidité perceptible des bras et des jambes, s'oriente difficilement malgré visite de l'unité, peu loquace, semble absorbé, absent. Entrevue pour collecte de données et évaluation du risque de chute.
		Présente REP, accuse douleur 5/10 au genou gauche consécutive à une chute à la maison voilà 2 semaines. Se dit halluciné auditive-ment: des voix discutent entre elles de sujets divers : pas de dangerosité. Dit mal dormir la nuit, se réveille plusieurs fois en sursaut.
		Refuse de manger et de prendre la médication depuis son arrivée à l'urgence: refuse de dire pourquoi. Met fin abruptement à l'entrevue et se rend à sa chambre s'étendre sur son lit. Attendons visite de l'omni et du psychiatre en début d'après-midi. Évaluation du risque de chute faite avec l'information disponible : cote à 12/20. Assurons une surveillance étroite. Discussion d'équipe multidisciplinaire à faire à faire à ce sujet demain matin. PTI et PSTI complétés. Évaluation de l'hypotension orthostatique prévue dès que la collaboration sera possible -----Guylaine Blais, inf. -----

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

- 1- Date, heure
- 2- Noter : L'évaluation **initiale** de la douleur (OIIQ)
 - a) Ce qui la provoque (**P** : facteur déclencheur, qu'est-ce qui a provoqué la douleur)
 - b) Sa qualité (**Q** : description de la douleur : brûlure, crampe...) et son intensité (0 -10 selon échelle numérique)
 - c) Sa localisation (**R**)
 - d) Signes associés (**S**)
 - e) Sa durée (**T** : depuis quand)
 - f) Ce que cette douleur signifie pour elle (**U** : *understand*)
 - g) L'impact que cela entraîne chez la personne (empêche de penser de se concentrer, de dormir, de faire des activités...)
- 3- Noter les évaluations **subséquentes** de la douleur et de son soulagement
 - a. Intensité de la douleur
 1. (chaque fois qu'il est indiqué que la personne est souffrante)
 2. Avant chaque administration d'analgésique (narcotique ou non)
 3. Après administration d'analgésique lorsque leur effet maximal est atteint
 - b. Soulagement de la douleur s'il y a lieu
- 4- Assurer la surveillance s'il y a lieu (formulaire de surveillance des narcotiques au besoin)
- 5- Assurer le suivi interservices
- 6- Ajuster le PTI

Direction des soins infirmiers

INTENSITÉ DE LA DOULEUR					
0	2	4	6	8	10
Aucune douleur	Légère	Moyenne	Modérée	Sévère	Intolérable

DEGRÉ DE SÉDATION				
0	1	2	3	4
Sommeil normal Éveil facile	Éveil Alerte	Partiellement Éveil facile	Sommeil Éveil, mais il faut quelques secondes	Endormi profondément Éveil difficile et prolongé

Exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	9 : 00	Se présente au poste en se tenant l'avant-bras droit. Dit qu'elle éprouve de la douleur dès qu'elle soulève son coude vers le haut et que la douleur est de plus en plus vive. Elle l'évalue à 8/10 selon échelle d'intensité. Ressent une sensation de brûlure qui s'accroît au mouvement. Croit que c'est dû au traitement de physio reçu hier.
		Remet en cause ce traitement. Explications données et encouragée à poursuivre. Dit qu'elle y pensera -----
	9 : 10	TA 140/85, pls 84, reçoit motrin 400 mg afin de la soulager. -----
		Se retire à sa chambre, au fauteuil, le bras appuyé sur l'appui-bras. --
	10 : 10	Se dit mieux. Visage plus détendu. Douleur diminuée à 2/10 selon échelle d'intensité. Bouge son bras lentement. -----
	10 : 15	Se rend à son traitement de physio, un peu hésitante. Invitée à discuter avec la physiothérapeute des douleurs ressenties. Dit que c'est ce qu'elle fera. ----- Lyne Bouchard, inf. -----

***Se référer à la procédure de surveillance de narcotique s'il y a lieu et appliquer le formulaire de surveillance associé**

PROCÉDURE DE SOINS DE L'ÉTABLISSEMENT	
SUJET: Surveillance clinique des analgésiques narcotiques (Opioïdes)	NO: DSI-2008-01
AUX: Infirmier(ère)s Pharmacien(ne)s Médecins	DATE EN VIGUEUR: 17/06/2008
DIRECTION: Direction des services professionnels (Département clinique de pharmacie) Direction des soins infirmiers	DATE DE RÉVISION: en cours

1. OBJECTIF(S) VISÉ(S):

- Assurer la surveillance clinique des usagers hospitalisés recevant des analgésiques narcotiques ayant un effet dépressur sur le système nerveux central (SNC);
- Assurer la sécurité des usagers lors de l'administration des analgésiques narcotiques (opioïdes) tout en favorisant un soulagement optimal de la douleur;
- Uniformiser la pratique relative aux mesures d'évaluation et de soulagement de la douleur;
- Documenter le dossier de l'usager;
- Assurer le suivi des différentes recommandations provenant des instances suivantes, à savoir l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), le MSSS et le coronier en chef du Québec.

2. CHAMP D'APPLICATION:

Tous les usagers hospitalisés à l'HLHI qui reçoivent un ou des analgésiques narcotiques (opioïde). Les usagers hospitalisés à risque de développer des effets dépressur sur le SNC, notamment une DÉPRESSION RESPIRATOIRE sont:

- Les personnes âgées de plus de 70 ans;
- Les usagers présentant une incapacité partielle ou totale de s'exprimer verbalement;
- Les usagers prenant plusieurs médicaments co-analgésiques ayant un effet dépressur du SNC (voir annexe...);
- Les usagers souffrant de maladies pulmonaires, d'insuffisance rénale ou hépatique, de troubles neuromusculaires, troubles neurologiques;
- Les usagers présentant de l'apnée du sommeil;
- Les usagers souffrant d'obésité (IMC > 35);
- Les usagers ayant récemment consommé de l'alcool ou des drogues;
- Les usagers nés aux opioïdes (prise d'un nouvel opioïde débutée depuis moins d'une semaine).

© Hôpital Louis-H. Lafontaine

La qualité:
un engagement
du quotidien

PROJET											
SURVEILLANCE DES USAGERS RECEVANT DES ANALGÉSIFIQUES NARCOTIQUES ET DES CO-ANALGÉSIFIQUES						NOM USAGER: _____					
Narcotiques PD, IR et Simbène: évaluer les paramètres avant l'administration du médicament et à son pic d'action (30 min. et à 90 min.)						DATE DE NAUSÉES: _____					
Narcotiques SC et IM: évaluer les paramètres avant l'administration du médicament aux 30 min, jusqu'à son pic d'action (60 min.) et à 1 heure et 2 fois.						DATE DE PÂLISSAGE: _____					
Médicaments NP: évaluer les paramètres avant l'administration du médicament aux 30 min, jusqu'à son pic d'action et à 90 min. et 4 fois.						DATE DE CHANGEMENT: _____					
N.B.: 1) AVERTIR LE MÉDECIN SI RH = 0 OU OUISEAU DE SATURATION = 3 OU SATURATION = 91%											
2) PORTER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AUX ROUELEMENTS!											
Heure	Intensité de la douleur de 0 à 10	Degré de saturation	Respiration	Respiration	SpO2 (%)	Signes vitaux	Effets secondaires (0 à 3)	Signature infirmière			
08:00	8	98	12	18	98	120/80	0				
09:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
10:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
11:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
12:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
13:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
14:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
15:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
16:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
17:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
18:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
19:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
20:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
21:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
22:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
23:00	2	98	12	18	98	120/80	0				
00:00	2	98	12	18	98	120/80	0				

728166 - Rev. 2014-05-20 SURVEILLANCE DES USAGERS RECEVANT DES ANALGÉSIFIQUES NARCOTIQUES ET DES CO-ANALGÉSIFIQUES

RISQUE DE PLAIE DE PRESSION

1. Date et heure
2. Évaluation selon l'échelle de Braden
3. Interventions
4. Enseignement
5. Niveau de compréhension de l'usager
6. Niveau de collaboration de l'usager

ECHELLE DE BRADEN®				
Perception sensorielle Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression	1. Complètement limitée: Absence de réaction, ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de pression; aux stimuli douloureux, dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. OU A une capacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie de son corps.	2. Très limitée: Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. OU A une situation sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps.	3. Légèrement limitée: Répond aux entres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou la baisse d'être soulé. OU A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.	4. Aucune atteinte: Répond aux entres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort.
Humidité Le degré d'humidité auquel la peau est exposée.	1. Constantement humide: La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. Le mousser est noté à chaque fois que la personne est changée de position.	2. Très humide: La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.	3. Occasionnellement humide: La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour.	4. Rarement humide: La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.
Activité Le degré d'activité physique	1. Alité: Confinement au lit.	2. Confinement au fauteuil: La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou a besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil ou se faire toiletter.	3. Marche à l'occasion: Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart de chaque quart de travail au lit ou au fauteuil.	4. Marche fréquemment: Marche deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois chaque deux heures un dehors deux heures de sommeil.
Mobilité Capacité de changer et de contrôler la position de son corps	1. Complètement immobile: Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.	2. Très limitée: Fat occasionnellement de légers changements de position de son corps ou de ses membres mais est incapable de faire des changements fréquents ou importants de façon indépendante.	3. Légèrement limitée: Fat de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.	4. Non limitée: Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.
Nutrition Profit de l'alimentation habituelle	1. Très pauvre: Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus de bars de tout aliment offert. Mange deux portions ou moins de protéines (viandes ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquides. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. OU Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.	2. Probablement inadéquate: Mange rarement un repas complet et mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viandes ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. OU Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.	3. Adéquate: Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viandes, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert. OU Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels.	4. Excellente: Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viandes et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.
Friction et cisaillement	1. Problème: Le patient a besoin d'une aide modérée à maximale pour bouger. Il est impossible de le soulever complètement sans que sa peau froie sur les draps. Il glisse fréquemment dans le lit ou au fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.	2. Problème potentiel: Le patient bouge faiblement ou requiert une aide minimale. Pendant un changement de position, la peau froie probablement jusqu'à un certain degré contre les draps, le fauteuil, les contention ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position au fauteuil ou au lit mais glisse à l'occasion.	3. Aucun problème apparent: Le patient bouge de façon indépendante au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement pendant un changement de position. Il maintient en tout temps une bonne position dans le lit et au fauteuil.	

Copyright Barbara Braden; Nancy Bergstrom, 1983; Version française approuvée par les auteurs; Traduction et validation : Diane St-Cyr; Nicole Desjardins 2004

Exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-05-02	14 :00	Facteurs de risque de plaie de pression évalués selon l'échelle de Braden. Résultats à 10, risque élevé. Informations données
		en présence de sa famille, des risques de plaie de pression
		en raison de son immobilité. Explications des interventions pour
		maintenir l'intégrité de sa peau et enseignement sur l'importance
		de sa collaboration quotidienne à ce propos. Invitée à informer l'infirmière de toute rougeur ou douleur. Avisée qu'elle sera mobilisée
		chaque 2 heures selon un horaire de positionnement et que le personnel soignant utilisera un lève personne afin de réduire les risques
		de friction et de cisaillement. Invitée aussi à aviser le personnel
		soignant lorsque sa culotte d'incontinence sera humide ou souillée.
		Enseignement fait quant à l'importance de bien s'alimenter pour diminuer les risques. Bonne compréhension des risques et bonne collaboration de la patient et de la famille. PTI ajusté. -- Jacinthe Girard, inf.



RAPPEL CONCERNANT LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)






Le plan thérapeutique infirmier (PTI) fait également partie de la documentation au dossier. Il dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires de l'utilisateur. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du patient. Il devrait donc fournir des éléments importants dont on devrait percevoir le suivi dans la note au dossier.

En effet, le PTI doit rendre accessibles les décisions cliniques prises par l'infirmière à partir de son évaluation. Il s'agit d'une norme adoptée par le Conseil d'administration de l'OIIQ, dont l'application est obligatoire depuis le 1^{er} avril 2009 :

Norme :

L'infirmière consigne au dossier de chaque client, dans un outil de documentation distinct, le plan thérapeutique infirmier qu'elle détermine ainsi que les ajustements qu'elle y apporte selon l'évolution clinique du client et l'efficacité des soins et des traitements qu'il reçoit.

À retenir :

-  L'infirmière est imputable des décisions cliniques qu'elle prend et les documente au PTI;
-  L'infirmière assure la détermination du PTI et les ajustements;
-  Le PTI dresse le profil clinique évolutif des problèmes et besoins prioritaires pour le suivi clinique de l'utilisateur;
-  Le PTI rend compte du suivi **requis** au moyen de directives infirmières;
-  La note d'évolution rend compte du suivi **effectué** quant au PTI

CONTENU DU PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

Constats de l'évaluation :

Problèmes et besoins prioritaires

Problèmes et besoins prioritaires que l'infirmière détermine à partir de son évaluation clinique et qu'elle juge importants pour établir un profil clinique évolutif du patient et assurer le suivi clinique requis

- ◆ Le problème ou le besoin requiert-il un suivi clinique particulier?
- ◆ Le problème ou le besoin a-t-il une incidence sur le suivi clinique du patient?
- ◆ Le problème ou le besoin présente-t-il un changement significatif pour le suivi clinique du patient?

CRITÈRES DE PERTINENCE POUR DÉTERMINER LE CONTENU DU PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	CRITÈRES DE PERTINENCE POUR DÉTERMINER LE CONTENU DU PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER
SUIVI CLINIQUE: DIRECTIVES INFIRMIÈRES	CONSTATS DE L'ÉVALUATION: PROBLÈMES ET BESOINS PRIORITAIRES
Est-il crucial pour le suivi clinique du client: <ul style="list-style-type: none">de noter une intervention ou d'en préciser un aspect particulier?d'établir une stratégie d'intervention?de déterminer une condition de réalisation?	<ul style="list-style-type: none">Le problème ou le besoin requiert-il un suivi clinique particulier?Le problème ou le besoin a-t-il une incidence sur le suivi clinique du client?Le problème ou le besoin présente-t-il un changement significatif pour le suivi clinique du client?
INFORMATION MINIMALE Le suivi standard défini en se reportant au motif de l'hospitalisation, de l'hébergement ou du suivi (ambulatoire ou à domicile) constitue l'information minimale à inscrire au PTI pour rendre compte du suivi clinique effectué par l'infirmière.	INFORMATION MINIMALE Le motif de l'hospitalisation, de l'hébergement ou du suivi (ambulatoire ou à domicile) constitue l'information minimale à inscrire dans le PTI pour définir le profil clinique faisant l'objet d'un suivi standard.
Si j'avais à me référer au PTI à l'occasion d'un prochain épisode de soins, quelle information aurais-je besoin d'y retrouver pour retracer le suivi clinique effectué?	Si j'avais à me référer au PTI à l'occasion d'un prochain épisode de soins, quelle information aurais-je besoin d'y retrouver pour retracer le profil clinique évolutif ayant fait l'objet du suivi clinique effectué?

Directives infirmières :

Indications de suivi spécifiques ou exceptionnelles qui portent sur des interventions requises par la situation de santé du patient ou par une évolution atypique de sa condition

Est-il crucial pour le suivi clinique du patient? :

- ◆ De noter une intervention ou d'en préciser un aspect particulier?
- ◆ D'établir une stratégie d'intervention?
- ◆ De déterminer une condition de réalisation?

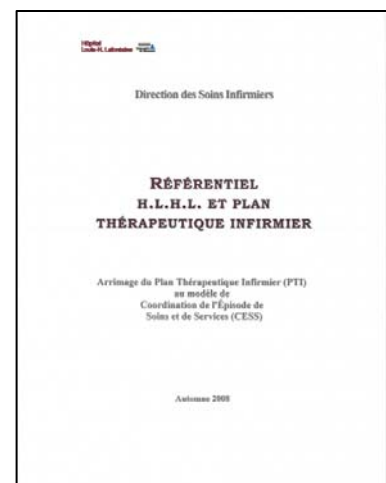
Aide à la rédaction des PTI :

Répertoire des guides cliniques pour l'élaboration des PTI en santé mentale :

Intranet > direction > soins infirmiers > PTI > répertoire des guides cliniques

Référentiel HLHL et plan thérapeutique infirmier : →

Intranet > documentation communication > publication > publication soins et services >



CONSIGNES

**PLAN THÉRAPEUTIQUE
INFIRMIER
(PTI)**

CONSTATS DE L'ÉVALUATION															
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés							
					Date	Heure	Initiales								
2008-01-16	18:30	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Numéro du problème ou du besoin</div>	L.B.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Date et heure de la résolution du problème</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Initiales de l'inf. ayant constaté le problème ou le besoin</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Initiales de l'inf. ayant constaté la résolution du problème ou la satisfaction du besoin</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L.B.</div>	Psychiatre						
		2													
		3													Pharmacienne
		4							<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Énoncé du problème ou du besoin</div>						Omnipraticien
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Date et heure du constat Écrits sous Forme internationale</div>									<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Professionnel ou service concernés par la résolution du problème</div>						

SUIVI CLINIQUE															
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE										
					Date	Heure	Initiales								
2008-01-16	18:30	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Surveiller les signes et symptômes...</div>	L.B.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2008-01-18</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9h30</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L.B.</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Date et heure de la cessation de l'appl. de la directive ou de sa réalisation</div>							
		1							<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Numéro du problème ou du besoin en lien avec la directive annoncée</div>						
		2													
		2-4													
		3													
		4	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Directives : écrites de façon précise, succincte et en verbes d'action. Il ne s'agit pas d'un plan de soin</div>												
		1 à 4													
2008-01-18	9:30	2-4													
	10:30	3													
				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Initiales de l'inf. ayant donné la directive</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L.B.</div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Initiales de l'inf. ayant mis fin à la directive ou confirmant qu'elle a été réalisée</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L.B.</div>						

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
<i>Lyne Bouchard</i>	L.B	Unité G-2			

Signature correspondant aux initiales. Doit être lisible

Unité ou service auquel l'inf. est rattachée

EXEMPLE

**PLAN THÉRAPEUTIQUE
INFIRMIER
(PTI)**

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2011-04-11	10:30	1	Trouble de l'humeur : dépression	L.B.				Psychiatre
		2	Urgence suicidaire de type modéré. (Tentative suici, anté. en 2012)	L.B.				
2011-04-11	14 :00	3	Diabète type II contrôlé par Rx.	G.B.				Omnipraticien Diététiste

SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
2011-04-11	10:30	1	Aviser inf. si refuse de se lever, de s'alimenter, de se doucher. (dir. verbale ou écrite aux PAB.) -----	L.B.				
		1	Encourager présence dans la salle à manger t.i.d. -----	L.B.				
		2	Évaluer l'urgence suicidaire à q quart de travail (ref. f. d'urgence suic.)	L.B.				
		2	Surveiller lors de la douche AM. -----	L.B.				
		1-2	Encourager expression des émotions. -----	L.B.				
2011-04-11	14 :00	3	Surveiller alimentation, respect de la diète -----	G.B.	2011-04-14	10:45	G.B.	

Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Service
<i>Lyne Bouchard</i>	L.B.	Unité G-2			
<i>Guyaine Blais</i>	G.B.	Unité G-2			



Il est essentiel ensuite de retrouver dans la note le suivi de l'application du PTI en indiquant le numéro du PTI dans la marge.

Par exemple :

DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE	OBSERVATIONS (signez vos notes s.v.p.)
13-02-05	9 :00	<i>Plus active ce AM. S'occupe dès son lever à répertorier ses effets</i>
	PTI # 1	<i>personnels en vue de ses soins d'hygiène. Pourtant son faciès</i>
		<i>demeure triste et ses propos négatifs. Au reflet de son initiative,</i>
		<i>Répond à voix basse en évitant mon regard : « Ben, ça passe le</i>
		<i>temps ». Je soutiens tout de même qu'importe la raison, elle a trouvé</i>
		<i>un peu d'énergie à initier d'elle-même une activité. Répond de façon</i>
		<i>évasive et poursuit ses occupations. -----</i>
	9 : 15	<i>Douche sous surveillance. Collabore bien et n'exprime aucune irrita-</i>
	PTI # 2	<i>tion face à cette surveillance. -----</i>
	10 :30	<i>Rencontre à sa chambre. Calme et disposée à la rencontre. Dit avoir</i>
		<i>eu la visite de son conjoint hier et que ça s'est bien passé. L'a trou-</i>
		<i>vé moins envahissant et plus compréhensif. « Ça m'aide » dit-elle.</i>
		<i>« il respecte un peu plus mon rythme ». Convient que cela a proba-</i>
		<i>blement contribué à augmenter son énergie. Pas d'idée suicidaire</i>
		<i>aujourd'hui. Dit qu'elle entrevoit un peu mieux un retour à la maison.</i>
		<i>Ajoute en avoir même parlé avec son conjoint hier. Mais ils ont be-</i>
		<i>soin de se préparer et sollicite notre aide. -----</i>
		<i>J'encourage madame dans son évolution et la rassure que nous pla-</i>
		<i>nifierons ensemble son congé. Des outils peuvent également leur être</i>
		<i>Fournis. Madame acquiesce. Nous convenons d'une première ren-</i>
		<i>contre avec son conjoint, jeudi le 9 mai à 13h00. -----</i>
	11 :00	<i>Fin de la rencontre : évaluation du risque suicidaire : niveau léger, 3 ---</i>
		<i>-----Lyne Bouchard, inf. -----</i>

Important :

Dans une situation où l'utilisateur est hébergé ou hospitalisé pendant une longue période de temps et où le PTI comprend plusieurs pages, l'infirmière peut réinscrire sur un nouveau formulaire de PTI, les problèmes et besoins qui font l'objet d'un suivi et les directives applicables.

Elle doit le faire en indiquant, pour chaque problème ou besoin retranscrit, la date du constat et en mettant un tiret au lieu des initiales pour signifier qu'il s'agit d'un constat antérieur. Il en est de même pour la directive infirmière. Cette retranscription ne constitue ni une synthèse ni une mise à jour du PTI mais elle permet de repérer plus facilement le suivi en cours.

ABRÉVIATIONS ET SYMBOLES À UTILISER ET LEURS SIGNIFICATIONS



ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
- A -	
aa	de chaque
AAS ou ASA	Acide acétylsalicylique (aspirine)
Abd.	Abdomen ou abdominal
a.c.	Avant les repas
ad	Jusqu'à
ad lib.	À volonté
agent. Interv.	Agent d'intervention
a.m.	Avant-midi
amp.	Ampoule
ant.	Antérieur
approx.	Approximativement
ATCD	Antécédent
AVC	Accident vasculaire cérébral
A.V.D.	Activités de la vie domestique
A.V.Q.	Activités de la vie quotidienne
- B -	
BEG	Bon état général
b.i.d	2 fois par jour
bpm	Battements par minute
- C -	
°C	Degré Celsius
- c	Avec
c.-à-d.	C'est-à-dire
caps.	Capsule (ne pas utiliser cp)
cath	Cathétérisme

ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
chaque ou q.	Chaque (ne pas utiliser ch)
C.H.	Centre hospitalier
C.H.S.L.D	Centre hospitalier de soins longue durée
Ch.Sec.	Chambre sécuritaire
co.	Comprimé ou comprimés
congé	Utiliser congé (ne pas utiliser DC)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
- D -	
Db 2	Diabète de type 2
DCD	Décédé
DDPP	Direction développement des pratiques professionnelles
Dépt.	Département
die	Une fois par jour (ne pas utiliser QD)
dlr/doul.	Douleur
Droit	Droit (ne pas utiliser D)
DRS	Douleur rétro-sternale
D.S.I.	Direction des services infirmiers
Dx	Diagnostic (que)
- E -	
ECG	Électrocardiogramme
Écho abd.	Échographie abdominale
ECT	Électro-convulsivothérapie (électrochocs)
EED	Échelle d'évaluation de la douleur
EEG	Électro-encéphalogramme
etc.	Et cetera
Exp.	Expiration
expect	Expectoration
- F -	
FC	Fréquence cardiaque
fois	Fois (ne pas utiliser fs)
FSC	Formule sanguine complète

ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
ft	Fait
- G -	
gauche	Gauche (ne pas utiliser G)
G-I	Gastro-intestinal
glyc.	Glycémie
gtt.	Goutte
G-U	Génito-urinaire
- H -	
h	Heure (ne pas utiliser H ou hrs)
Hall.	Hallucination
Hb	Hémoglobine
HDV	Habitudes de vie
HMA	Histoire de la maladie actuelle
Ht	Hématocrite
HtA	Hypertension artérielle
h.s.	Au coucher
- I -	
Id	Idem, même
I.D.	Intradermique
IDM	Infarctus du myocarde
i.e, c.-à.d.	C'est-à-dire
I.M.	Intramusculaire
IMC	Indice de masse corporelle
Inf., Inf.B.Sc, Inf.M.Sc	Infirmière, Infirmière bachelière, Infirmière maître en science
Ing./exc.	Ingesta/excréta
Inhal.	Inhalation
Inj.	Injection
I.R.	Intrarectal
Irrég.	Irrégulier
Iso	Isolement

ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
I.V.	Intraveineux
I.V.R.S	Infection des voies respiratoires supérieures
- J -	
jr	Jour
- K -	
kg	Kilogramme
kiné	Kinésologue
- L -	
L	Litre
L.A.	Longue action
Labo	Laboratoire
lb	Livre
Lactate Ringer	Doit être écrit au long
liq.	Liquide
- M -	
M.	Monsieur
m	Mètre
^ m	Même
MAB	Maladie affective bipolaire
M.A.S.	Mesure anti-suicidaire
max.	Maximum
M.C.A.S.	Maladie cardiaque athérosclérotique
MD	Médecin
mg	Milligramme
min	Minute
min.	Minimum
ml	Millilitre
m.i. / mem. inf.	Membre inférieur
M.P.O.C.	Maladie pulmonaire obstructive chronique

ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
m.s. / mem. sup.	Membres supérieurs
MV	Murmures vésiculaires
Mvts	Mouvements
- N -	
N° ou n°	Numéro
N.B	Notez bien
nbre	Nombre
nég.	Négatif
néo. (Néopl.)	Néoplasie
nil	Rien
nitro	Nitroglycérine
Normal Salin	Normal Salin (Ne pas utiliser NS)
NPO	Rien par la bouche
N.+V.	Nausée et Vomissements
- O -	
∅	Pas de
obj., obj.gén., obj. spéc.	Objectif, objectifs généraux, objectifs spécifiques
O.C	Ordonnance collective
oeil gauche, œil droit, les deux yeux	oeil gauche, œil droit, les deux yeux. (Ne pas utiliser OS, OD, OU)
OGE	Organes génitaux externes
OMI	Œdème des membres inférieurs
ong.	Onguent
opht.	Ophtalmologie
O.R.L.	Oto-rhino-laryngologie
O.T.	Ordonnance téléphonique
- P -	
P.A.	Pression artérielle
PAB	Préposé aux bénéficiaires
pans.	Pansement

ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
past.	Pastille
p.c.	Après les repas (post cibum)
pds	Poids
PERRLA	Pupilles égales, rondes, réactives à la lumière et à l'accommodation
physio	Physiothérapie
pls	Pouls
p.m.	Après-midi
p.o. ou po	Par la bouche
pos	Positif
postop. et préop.	Après l'opérateur et avant l'opération
PRN ou prn	Au besoin
PSI	Plan services individualisé
PSTI	Plan de soin et de traitement infirmier
Psy.	Psychiatre
Pt	Patient
PTI	Plan thérapeutique infirmier
P.V.	Ponction veineuse
- Q -	
q	Chaque
q.2h.	Toutes les 2 heures
q.h.	Chaque heure
q.i.d.	4 fois par jour
qq	Quelque
qqch.	Quelque chose
qqf.	Quelquefois
qqn	Quelqu'un
qs ad	Quantité suffisante jusqu'à
QSEG, QSED	Quadrant supéro-externe gauche ou droit
quest. ou Q	Question
- R -	

ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
R.C.R	Réanimation cardio-respiratoire
rect.	Rectal
réf. ou cf	Référence
rég.	Régulier
REP ou SEP	Symptômes extrapyramidaux
req	Requête
resp.	Respiration
RGO	Reflux gastro-oesophagien
ROH	Alcool
RR	Rythme respiratoire
R.-V.	Rendez-vous
Rx	Prescription (ne pas confondre avec RX qui veut dire radiographie)
R-X	Radiographie (ne pas confondre avec Rx qui veut dire prescription)
- S -	
s.c.	Sous-cutané
SE	Surveillance étroite
S	Seconde
SEP ou REP	Symptômes extra-pyramidaux
S.L.	Sublingual
SNC, SNA, SNP	Système nerveux central, système nerveux autonome, système nerveux périphérique
sol.	Soluté
s.op.	Salle d'opération
SpO2	Saturométrie
stat	Immédiatement
stér.	Stérile
supp.	Suppositoire
susp.	Suspension
S.V. et S.V. sur f.s.	Signes vitaux, signes vitaux sur feuille spéciale
sympt.	Symptômes

ABRÉVIATION	SIGNIFICATION
- T -	
T°	Température
T.A.	Tension artérielle
TAQ	Tribunal administratif du Québec
Tél.	Téléphone
t.i.d.	Trois fois par jour
tjrs	Toujours
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
top.	Topique
TR	Toucher rectal
trachéo	Trachéotomie
T.S.	Pour travailleuse sociale
TT	Tour de taille
T.V.O.	Tenir veine ouverte
TVP	Thrombose veineuse profonde
Tx	Traitement
- U -	
Un jour sur deux ou q 2 jours	Un jour sur deux (ne pas utiliser QOD)
Unité	Unité (ne pas utiliser U ou UN)
- V -	
via	Par
vit.	Vitamine
vfs	Voir feuille spéciale
Vol.	Volume
Vomiss.	Vomissement
V.R.	Voies respiratoires
- X -	
Xylo	Xylocaïne
X2	Deux fois

SYMBOLES	SIGNIFICATION
↑	Augmenté, élevé
— c	Avec
≤	Égal ou inférieur à
≥	Égal ou supérieur à
↓	Diminué, baissé
♀	Femme
♂	Homme
<	Inférieur à (plus petit que)
#	Nombre
x	Nombre de fois
∅	Pas de
>	Supérieur (plus grand que)



Abus : Consommation chronique ou aiguë d'une drogue ou autre substance altérant le fonctionnement physique ou psychique.

Activités de la vie quotidienne (AVQ) : Activités habituellement faites dans une journée normale : manger, s'habiller, se laver, se brosser les dents, faire sa toilette, etc.

Actualisation de soi : État d'être dans lequel une personne réalise pleinement son potentiel et peut faire face aux problèmes de manière réaliste.

Adaptation : Processus selon lequel des changements en réaction au stress surviennent dans une ou plusieurs des cinq dimensions d'une personne (physique, psychologique, spirituelle, sociale, émotionnelle).

Acting out : Passage à l'acte.

Affect : État émotionnel consécutif au vécu d'une expérience, expression physique apparente des émotions que la personne communique verbalement ou non verbalement.

Affect anxieux : État émotionnel caractérisé par un sentiment d'insécurité, d'inquiétude, de tourment.

Affect déprimé : Réaction de tristesse ou d'abattement.

Affect émoussé : Réduction significative de l'intensité de l'expression affective.

Affect euphorique ou expansif : État émotionnel qui exprime toutes les nuances de la satisfaction et de la joie, mais avec un certain manque de retenue.

Affect exalté : Réaction de très grand bien-être.

Affect hyperréactif : État émotionnel qui convient à la situation, mais qui est disproportionné.

Affect inadéquat ou inapproprié : État émotionnel qui ne correspond pas à l'émotion ou aux circonstances.

Affect plat : Absence de réaction physique à l'émotion, absence d'indices visibles de l'état émotionnel.

Affect préoccupé : État émotionnel absorbé, tendu, soucieux.

Affect syntone ou mobilisable : État émotionnel qui convient à la situation.

Affect triste : État émotionnel abattu, morose, sombre, mélancolique, taciturne.

Agent stressant : Événement, situation ou autre stimulus présent dans l'environnement externe ou interne d'une personne et qui exige des changements ou une adaptation chez cette personne.

Agitation psychomotrice : Activité mouvementée au niveau mental et moteur.

Âgisme : Préjugé envers les traits caractéristiques de la vieillesse, qui porte préjudice à la personne âgée, l'isole et la stigmatise.

Akatisie (acatisie) : Agitation, besoin irrépressible de bouger, impossibilité de tenir en place (avoir la bougeotte), qui s'accompagne souvent d'un sentiment intérieur de fébrilité, induite par les antipsychotiques.

Ambiguïté de rôle : Situation où les attentes quant au rôle ne sont pas claires et où une personne est incapable de prévoir les résultats de sa conduite.

Ambivalence : Disposition d'un sujet qui éprouve simultanément deux sentiments contradictoires vis-à-vis d'un même objet (amour et haine, etc.) et qui l'empêche de faire un choix définitif.

Amimie : Perte plus ou moins complète de l'expression par les gestes, observée dans certaines affections neurologiques.

Amnésie continue : Incapacité de se rappeler les événements survenus à partir d'un moment précis et perte de mémoire qui s'étend jusqu'à présent (la personne est incapable de former de nouveaux souvenirs).

Amnésie dissociative : Incapacité d'évoquer des souvenirs manquants.

Amnésie généralisée : Incapacité de se rappeler quoi que ce soit concernant sa propre vie ou sa propre identité.

Amnésie lacunaire : Incapacité temporaire de se rappeler ce qui entoure un événement traumatique (dure généralement de quelques heures à quelques jours).

Amnésie sélective : Incapacité temporaire de se rappeler certains des incidents associés à un événement traumatique.

Amnésie systématique : Incapacité de se rappeler les événements liés à un champ d'information précis (sa famille, une personne, un événement, etc.).

Angoisse de la séparation : Comportement engendré par la peur d'être séparé de la mère ou de la personne qui s'occupe principalement de l'enfant.

Anhédonie : Incapacité à éprouver du plaisir à des activités qui produisent généralement des sensations agréables.

Anorexie : Manque ou perte d'appétit résultant de l'incapacité de manger.

Anosognosie (insight) : Méconnaissance, par une personne, de son état, même grave, notamment dans le cas d'affections telles que la schizophrénie.

Anxiété : Sentiment d'appréhension, de malaise, d'incertitude et de crainte dû à l'anticipation d'un événement perçu de façon négative.

Apathie : État, caractère d'une personne qui ne réagit pas, qui paraît sans volonté, sans énergie.

Aphasie : Perte partielle ou totale de la faculté de s'exprimer et de comprendre le langage parlé, écrit ou les équivalents non verbaux des mots (signes). Décalage entre l'idée que la personne atteinte veut exprimer et celle qu'elle exprime vraiment. Peut se manifester par une difficulté à nommer des personnes ou des objets, un appauvrissement du vocabulaire, un discours vague et un recours important à des mots imprécis.

Apraxie : Atteinte de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes. La personne présente une difficulté ou une incapacité à effectuer des mouvements coordonnés ou encore, une série de mouvements.

Assiduité : Diligence et persistance dans la poursuite d'un objectif.

Association incohérente d'idées ou relâchement des associations : Incapacité d'utiliser les mots selon un sens approprié ou de suivre les règles de la syntaxe, ce qui rend le discours (et la pensée) inexact, vague, flou.

Autonomie : Aptitude ou tendance à fonctionner de façon indépendante.

Bizarrie : Qui s'écarte de l'ordre commun, qui est inhabituel.

Blocage de la pensée : Difficulté à se rappeler ou interruption du fil de la pensée ou de la parole; peut également survenir lorsque la personne a l'impression qu'on lui a retiré sa pensée; se nomme alors *vol de la pensée*.

Catalepsie : Paralysie que l'on observe dans les états hypnotiques et dans la schizophrénie, caractérisée par l'annihilation de tous les réflexes de locomotion et de changement de position, ainsi que par la réduction de la sensibilité et par la contraction tonique des muscles.

Changement : Processus dynamique par lequel se modifie la conduite et la fonction d'une personne, d'une famille, d'un groupe et d'une collectivité.

Choc culturel : Trouble résultant du passage d'un milieu à un autre; les anciens modes de conduite sont inefficaces dans le milieu étranger, et les codes de conduite sociale sont inconnus.

Clivage : Séparation des aspects positifs et négatifs de soi et des autres. Une personne qui fait appel au mécanisme de défense inconscient de clivage ne peut tolérer l'ambiguïté; tout doit être soi bon ou mauvais, bien ou mal, noir ou blanc, mais jamais gris.

Comportement adéquat : Approprié, convenable, juste.

Comportement agité : Mouvementé, nerveux; en proie à une agitation quelconque.

Comportement agressif : Menaçant, violent. Qui a un caractère d'agression, qui marque la volonté d'attaquer sans ménagement.

Comportement dérangeant : Envahissant.

Comportement désinhibé : Sans retenue.

Comportement exhibitionniste :
Tendance pathologique à montrer ses organes génitaux.

Comportement imprévisible : Déroutant, inattendu.

Comportement impulsif : Effectué sous l'impulsion de mouvements spontanés et irréfléchis; emporté, fougueux.

Comportement introverti : Tendance à se retirer du monde extérieur, difficulté à se livrer.

Comportement manipulateur : Fait de procéder à des actions délibérées dans le but d'influencer autrui.

Comportement méfiant : Soupçonneux, qui manifeste un manque de confiance et la crainte d'être trompé par l'interlocuteur ou par l'entourage.

Comportement nonchalant : Qui manque d'activité, d'ardeur, par insouciance ou indifférence.

Comportement passif : Indifférent, inerte.

Comportement provocateur : Qui provoque, incite à la violence, à la dispute ou à l'agitation.

Compulsion : Force intérieure par laquelle le sujet est amené irrésistiblement à accomplir certains actes et à laquelle il ne peut résister sans angoisse.

Comorbidité : Présence au même moment de plus d'un diagnostic psychiatrique.

Concept de soi : Intégration complexe et dynamique d'attitudes, de perceptions et de sentiments conscients et inconscients sur son identité, sur sa personne physique, sa valeur et ses rôles; façon dont une personne se perçoit.

Contre-transfert :

Réaction comportementale et émotionnelle de l'intervenant à l'égard du client pouvant être liée à des sentiments non résolus envers des personnes significatives ou encore induite par le transfert du client.

Crise : Situation de stress dans laquelle une personne fait face à un changement dans ses buts ou à un obstacle à ses buts qu'elle perçoit comme insurmontable.

Crise situationnelle : Crise qui survient soudainement en réaction à un conflit ou à un événement extérieur particulier.

Coprolalie : Langage grossier.

Copromanie : Tendance à se barbouiller de ses excréments ou à s'en servir pour souiller sa literie ou les murs de sa chambre.

Coprophagie : Ingestion de sa propre urine ou de ses excréments.

Coq-à-l'âne : Passage sans transition et sans motif d'un sujet à l'autre.

Crise oculogyre : Déviation et fixation involontaires des yeux, généralement vers le haut; survient soudainement et dure de quelques minutes à quelques heures.

Déficit sensoriel : Défaut de fonctionnement d'un ou de plusieurs sens provoquant des déficiences visuelles, auditives ou olfactives.

Délire : Désordre des facultés intellectuelles caractérisé par une suite d'idées erronées, contraires à la réalité, imperméable à la critique.

Délire de type jalousie : Propension excessive et irrationnelle à se montrer jaloux.

Délire de grandeur ou mégalomanie : Exagération de sa propre importance ou valeur, s'accompagnant généralement de la conviction d'avoir des pouvoirs particuliers.

Délire de persécution : Délire dans lequel la personne croit faire l'objet de persécutions et de mauvais traitements de la part de ses ennemis.

Délire érotomaniaque : Exagération délirante de l'amour reçu.

Délire religieux : Idées fausses concernant les rapports entre l'homme et un être surnaturel.

Délirium : État de confusion mentale et d'excitation caractérisé par la désorientation dans le temps et l'espace (souvent accompagnée d'hallucinations), un discours incohérent et une activité physique constante et sans objet.

Déni : Mécanisme de défense par lequel une personne évite les conflits émotionnels et l'anxiété en refusant d'admettre les pensées, les sentiments, les désirs, les impulsions et d'autres facteurs susceptibles de provoquer une douleur intolérable.

Dépendance physique : État adaptatif ayant comme conséquence l'apparition de troubles physiques intenses lorsque la consommation d'une drogue est arrêtée.

Dépendance psychique : État dans lequel il existe un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant la consommation périodique ou continue d'une drogue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise.

Dépersonnalisation : Forme extrême de crise d'identité dans laquelle une personne est incapable de faire la distinction entre les réalités intérieures et extérieures ou entre elle et les autres.

Dépression : État émotionnel anormal caractérisé par des sentiments exagérés ou injustifiés de tristesse, de mélancolie, de rejet, de mépris de soi, de vide et de désespoir.

Désinhibé : Sans retenue.

Désinhibition : Relâchement du système frontal de modulation des réactions comportementales qui aboutit à un état d'euphorie, d'agitation et d'activité sans but précis.

Détresse spirituelle : Sentiment de discordance avec un système de valeur, un être suprême ou Dieu.

Deuil : Forme d'affliction impliquant les pensées, les sentiments et les comportements d'une personne face à une perte réelle ou perçue.

Deuil non résolu : Réaction de deuil grave et chronique où la personne n'arrive pas au stade de résolution du processus de deuil dans un délai raisonnable.

Discours circonstancié : Voir pensées circonstanciées.

Discours tangentiel : Voir pensées tangentielles.

Dissociation ou état dissocié :

Mécanisme de défense actif pour retirer de la conscience ou de la mémoire tout contenu mental menaçant ou inacceptable.

Distorsion cognitive : Modes de pensées rigides et figés qui masquent les aspects conceptuels d'une situation qui sont caractéristiques d'une personne dépressive.

Divulgarion de la pensée : Sentiment que les autres peuvent lire dans ses pensées; la personne à l'impression que ses pensées quittent sa tête pour se diffuser, se nomme également *vol de la pensée*.

Dysarthrie : Difficulté de la parole.

Dyskinésie tardive : Syndrome caractérisé par de mouvements bizarres du visage et de la langue, par la raideur du cou et la difficulté à avaler.

Dystonie : Mouvements involontaires des muscles du visage, du cou et des membres (spasmes).

Écho de la pensée : Perception qu'à la personne d'entendre sa pensée énoncée à voix haute.

Écholalie : Répétition machinale de mots ou de phrases prononcés par autrui, dans certaines aphasies.

Échopraxie : La personne imite de manière automatique les mouvements faits par les autres; peut également être désigné par le terme mimétisme.

Endorphine : Neuropeptide naturel qui joue dans l'inhibition de la douleur un rôle analogue à celui de la morphine.

Entrevue : Type de communication avec un client amorcée dans un but précis et axée sur un contenu précis.

Estime de soi : Appréciation de sa propre valeur caractérisée par un sentiment de réussite, de compétence et d'utilité, et par la confiance en soi.

Évaluation : Étape de la démarche clinique de l'infirmière dans laquelle l'infirmière détermine dans quelle mesure les objectifs de soins ont été atteints et l'inscrit au dossier.

Exacerbation : Exagération de l'intensité des signes et des symptômes d'une maladie ou d'un problème de santé.

Fabulation : Mécanisme de défense par lequel une personne invente des expériences ou des situations et les raconte souvent d'une façon détaillée et plausible pour compenser ses pertes de mémoire.

Facteur déclenchant : Facteur qui entraîne l'apparition d'un symptôme ou d'un comportement ou y contribue.

Flexibilité cirreuse : Capacité de conserver pendant un certain temps, sans la moindre résistance musculaire, toutes les positions données à ses membres (la personne de laisse manipuler comme une marionnette).

Fuite des idées : Succession fragmentée et rapide des pensées, se manifestant par un

flot accéléré et pratiquement ininterrompu du discours.

Hallucination : Fausse perception sensorielle, en l'absence de stimuli externes.

Hallucination auditive : Fausse perception d'un son, le plus souvent, la personne entend des voix, mais elle peut entendre des cliquetis, des bruits de bousculade, de la musique et d'autres bruits.

Hallucination gustative : Fausse perception d'un goût; le plus souvent, les hallucinations gustatives correspondent à des saveurs désagréables.

Hallucination kinesthésique : Impression que les muscles se contractent, que les membres se meuvent, que les organes se liquéfient ou que le corps est agité par des mouvements, alors qu'il est immobile.

Hallucination olfactive : Fausse perception d'une odeur.

Hallucination tactile : Fausse perception d'un toucher, associé à un élément sur ou sous la peau. On peut donner l'exemple des fourmillements, alors la personne a l'impression que des insectes ou d'autres éléments grouillent sur ou sous sa peau.

Hallucination vestibulaire : Impression de tomber dans un gouffre.

Hallucination visuelle : Fausse perception visuelle. Il peut s'agir d'images formées (personnes) ou d'images non formées (éclairs de lumière).

Humeur : État émotionnel global et soutenu, qui influe notablement sur le comportement, la personnalité et les perceptions.

Humeur cyclothymique : Humeur où se succèdent de nombreux épisodes d'hypomanie et d'humeur dépressive.

Humeur euphorique : Sentiment intense de joie et de bien-être.

Humeur euthymique : État de tranquillité mentale (euthymie).

Humeur instable ou labile : Personne prompt à se mettre en colère, emportée.

Humeur joviale : Personne enjouée, joyeuse.

Hyper activité : État d'une personne en constante activité et présentant une instabilité de comportement accompagnée de difficultés d'attention.

Hypermimie : Exaltation de l'humeur se traduisant par des extravagances vestimentaires, gesticulations théâtrales, hypersexualité, etc.

Hypervigilance : Fait d'avoir conscience de stimuli externes de façon anormalement vive.

Hypo activité : Insuffisance d'activité.

Hypomanie : État d'excitation accompagné d'une activité et d'une interaction sociale plus intenses que l'ordinaire; excitation moins intense que dans la manie.

Idées de contrôle ou d'influence : La personne croit que certains objets ou certaines personnes régissent son comportement.

Idées de grandeur : La personne exagère son importance, sa puissance ou ses connaissances, ou encore adopte l'identité d'une personne célèbre (« Je suis Jésus-Christ »).

Idées de référence : La personne croit que tout ce qui se passe dans l'environnement se rapporte à elle (« Je sais que quelqu'un essaie de me transmettre un message codé dans les articles de cette revue; il faut que je déchiffre le code afin de recevoir le message »).

Idées délirantes : Croyances erronées fondées sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure et qui persistent en dépit de preuves manifestes de leur fausseté ou de leur caractère irrationnel.

Idées somatiques : La personne est en proie à des idées délirantes sur le fonctionnement de son corps (« J'ai 70 ans et je serai la plus vieille femme du monde à accoucher; le docteur m'a dit que je n'étais pas enceinte, mais moi je sais que je vais avoir un bébé »).

Identification : Mécanisme par lequel une personne assimile les croyances, valeurs et conduites de l'autre par imitation et par introjection en les exprimant d'une façon qui lui est propre.

Identité : Composante du concept de soi; sentiment de continuité et de stabilité; conscience durable d'être soi-même et distinct des autres.

Illusions : Fausses perceptions ou interprétations erronées de stimuli externes réels.

Image corporelle : Image mentale qu'on se fait de son corps, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Impulsion : Force incoercible et soudaine, poussant à un acte qui échappe au contrôle du sujet.

Indifférence : Détachement, froideur, neutralité affective.

Inhibition : Processus de socialisation par lequel une personne apprend à réfréner un comportement même lorsqu'elle est poussée à l'adopter.

Initiative : Énergie déployée pour amorcer un acte.

Insomnie : État caractérisé par l'incapacité chronique de s'endormir ou de rester endormi toute la nuit.

Intonation : Ton que l'on prend en parlant.

Introspection : Habilité à se percevoir et à comprendre la cause et les caractéristiques de sa propre situation et de celle des autres.

Jugement : Habilité à analyser et à évaluer les situations, à prendre des décisions rationnelles, à comprendre les conséquences de son comportement et assumer la responsabilité de ses actions.

Jugement clinique : Compétences cognitives par lesquelles l'infirmière recueille des données pertinentes sur l'état de la personne, analyse sa réaction au problème de santé dont elle souffre, interprète ces données et formule un diagnostic infirmier.

Korsakoff (syndrome de) : Psychose caractérisée par une désorientation

temporelle et spatiale, une tendance à confondre les personnes, l'oubli des événements récents et la fabulation et induit par l'alcool.

Labilité : Humeur changeante.

Léthargie : État pathologique marqué par un sommeil profond et prolongé.

Libido : Terme psychologique signifiant désir sexuel.

Logorrhée : Flot de paroles désordonnées, incoercible et rapide.

Manie : Forme grave de trouble bipolaire où prédomine l'humeur élevée, expansive ou irritable; s'accompagne d'une activité psychomotrice frénétique et, dans certains cas, de caractéristiques psychotiques.

Maniérisme : Expression gestuelle exagérément affectée, manquant de naturel.

Mégalomanie : Idées de grandeur.

Mélancolie : Forme grave d'un épisode de dépression majeure, avec exacerbation des symptômes et absence quasi totale de plaisir et d'intérêt.

Mimétisme : Comportement de celui qui reproduit plus ou moins inconsciemment les attitudes, le langage, les idées du milieu ambiant ou d'un autre individu auquel il veut ressembler.

Moralisation : Explication ou interprétation d'une conduite en fonction de principes rigides sur le bien et le mal.

Moralité : Conduite impliquant un jugement, des attitudes et des actions fondées sur des normes acceptées dans un pays.

Motivation : Impulsion interne qui amène une personne à agir.

Mutisme : Absence de communication verbale sans lésion organique, en relation avec des troubles psychiques ou refus de parler.

Néologismes : Mots qui n'ont aucun sens pour les autres, mais qui sont investis d'une signification symbolique pour la personne elle-même.

Neurotransmission : Processus par lequel les signaux électrochimiques sont envoyés au cerveau.

Obsession : Pensées indésirables et répétitives.

Observance : Degré d'adhésion de la personne à la thérapie prescrite.

Observation : Rapport ou notes sur ce que l'infirmière a vu ou remarqué à propos d'un client.

Orientation vers la réalité : Traitement visant à rétablir le sens du présent chez la personne.

Paranoïa : Trouble caractérisé par du délire de persécution et de grandeur, habituellement centré sur un thème principal.

Pauvreté de la pensée : Peu de contenu ou contenu vague.

Pensée abstraite : Dernier stade du développement de la pensée cognitive, qui se produit entre l'âge de 12 et 15 ans; se caractérise par la faculté d'adaptation, la souplesse, l'utilisation des abstractions et des généralisations et par la résolution logique de problèmes à partir d'observations.

Pensée accélérée : Pensée rapide, activée, pressée; appelée également tachypsychie.

Pensée circonstanciée : Pensée d'une personne qui n'arrive pas à venir au but de son propos, car elle se perd dans des détails ennuyeux et inutiles; pour que la conversation aboutisse, il faut que l'interlocuteur interrompe la personne fréquemment afin de la recentrer sur le sujet.

Pensée concrète : Stade du développement de la pensée cognitive qui se produit entre l'âge de 7 et 11 ans; se caractérise par une pensée de plus en plus logique et cohérente, la capacité de classer, trier, ordonner et organiser les faits et l'incapacité de généraliser ou de penser en termes d'abstraction.

Pensée critique : Processus intellectuel structuré, qui sert à guider la pensée et

l'action et qui comprend la conceptualisation active, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation de l'information grâce à l'observation, l'expérience, le raisonnement et la communication.

Pensée dichotomique : Pensée obéissant à la logique du tout ou rien.

Pensée désinhibée : Pensée sans retenue.

Pensée inhibée : Pensée freinée, arrêtée.

Pensée magique : Forme de pensée primitive où la personne est d'avis qu'il lui suffit de croire que quelque chose est possible pour que cette chose arrive.

Pensée tangentielle : Mode de pensée où la personne n'arrive jamais au but; elle aborde des sujets différents, de sorte que la discussion d'origine se perd.

Perception : Image mentale qu'a une personne d'éléments de son milieu, qui comprend les informations reçues par les sens.

Persévération : Trouble d'association d'idées caractérisé par la répétition persistante de la même idée en réponse à des questions différentes.

Posture : Position du corps par rapport à l'espace environnant.

Potentialisation :

Synergie médicamenteuse où l'effet total est supérieur à la somme des effets individuels de chaque substance.

Potomanie : Habitude de boire souvent de grandes quantités de liquide.

Pouvoir : Capacité d'influencer, de diriger, de produire ou de dominer; exercice de l'autorité, de la force ou de la puissance.

Privation de sommeil : État résultant d'une diminution de la quantité, de la qualité et de la régularité du sommeil.

Privation sensorielle : Manque de stimulation altérant la perception sensorielle.

Processus de deuil : Série d'états affectifs, cognitifs et psychologiques à travers lesquels une personne réagit à une perte irrémédiable et en vient à l'accepter.

Pseudodémence : Ensemble de symptômes de dépression qui ressemblent à ceux de la démence.

Pseudoparkinsonisme :

Trouble caractérisé par les symptômes suivants, tremblements, démarche traînante, sialorrhée, rigidité, mouvements d'émiettement.

Psychose : Trouble mental grave caractérisé par des idées délirantes ou des hallucinations et par la dégradation des modes de fonctionnement interpersonnel et des relations avec le monde extérieur.

Questions fermées : Questions exigeant une réponse d'un ou deux mots.

Questions ouvertes : Questions visant à obtenir une réponse complète et détaillée et à améliorer une discussion entre l'infirmière et le client.

Ralentissement du cours de la pensée : Rythme de pensée ralenti; se nomme également bradypsychie.

Ralentissement psychomoteur :

Diminution des processus physiologiques qui a pour résultat un affaiblissement des mouvements, de la parole et du temps de réaction

Réactions extrapyramidales (REP) :

Troubles moteurs divers (tremblements, chorée, dystonie, akinésie, akathisie, etc.).

Recadrage : Technique permettant de changer le point de vue d'une situation donnée en lui substituant une autre, correspondant toujours au fait, mais modifiant totalement le sens de la situation.

Réminiscence : Rappel du passé dans le but de donner un sens nouveau aux expériences passées.

Renforcement : Réaction contingente à la conduite de l'apprenant qui augmente la probabilité qu'il répète cette conduite.

Resocialisation : Technique destinée à aider la personne âgée à élargir son réseau social au sein de la collectivité.

Salade de mots : Mots assemblés de manière aléatoire et sans lien logique (« La

plupart des actions progressives poussent la vie en double qui joue un cercle uniforme »).

Socialisation : Processus commençant dans l'enfance, par lequel une personne acquiert des valeurs, des conduites, des habiletés et des rôles qui lui sont dictés par les normes sociales et les personnes clés dans sa vie.

Soliloque : Discours d'une personne qui se parle à elle-même.

Stéréotypie : Répétitions persistantes et automatiques de mots ou de gestes sans l'intervention de stimuli extérieurs.

Stupeur : État d'inhibition motrice d'origine psychique.

Stupeur catatonique : Perturbation psychomotrice caractérisée par l'immobilité, le mutisme, un faciès figé, une absence de réaction aux sollicitations extérieures et un refus de nourriture.

Symbiose : Union étroite, parfois nocive pour la personne et/ou son proche.

Symptômes : Indices subjectifs d'une maladie ou changement dans l'état de santé perçus par le client; certains symptômes, comme l'engourdissement, peuvent être confirmés par des méthodes objectives.

Symptômes avant-coureurs : Symptômes annonciateurs, par exemple la détérioration du fonctionnement, qui peut indiquer l'apparition de la maladie mentale ou une rechute.

Symptômes négatifs : Pertes de capacités qui devraient être présentes et qui se caractérisent par une absence de comportements attendus, notamment un affect plat, une pauvreté de vocabulaire, une apparence négligée, un repli sur soi et une apathie.

Symptômes positifs : Perturbations qui s'installent, mais qui ne devraient pas être présentes, et qui sont aisément observables, notamment des hallucinations, un délire, un relâchement des associations et un comportement désorganisé.

Symptômes résiduels : Troubles mineurs qui peuvent perdurer après un épisode de

schizophrénie, mais qui ne comprennent ni délire, ni hallucination, ni incohérence ou comportement déviant.

Syndrome de sevrage : Réactions physiques et psychologiques se produisant lorsqu'une personne dépendante d'une substance en est brusquement privée.

Syndrome général d'adaptation : Réaction de défense généralisée de l'organisme au stress. Cette réaction est divisée en trois phases : la réaction d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement.

Syndrome malin des neuroleptiques (SMN) : Complication rare, mais potentiellement fatale, du traitement aux neuroleptiques, dont les symptômes (rigidité musculaire parkinsonienne grave, hyperpyrexie, tachycardie, tachypnée, fluctuations de la pression sanguine, transpiration profuse et détérioration rapide de l'état mental allant jusqu'à la stupeur et au coma) progressent très rapidement.

Témérité : Disposition à oser, à entreprendre sans réflexion ou sans prudence.

Temps de latence dans le discours : Temps qui s'écoule entre le stimulus (question) et la réponse de la personne.

Tolérance : État d'adaptation caractérisé par des réactions diminuées à la même quantité d'une drogue (alcool ou autre) ou par le fait qu'il en faut une plus forte dose pour produire un effet pharmacodynamique de même intensité.

Tolérance à l'activité : Type et quantité d'effort ou de travail qu'une personne est capable de faire.

Transfert : Processus complexe inconscient par lequel la personne soignée projette sur l'aidante des sentiments et des émotions issus de son passé avec les personnes importantes de sa vie.

Valeur : Conviction personnelle quant au mérite d'une idée ou d'une conduite donnée.



Agranulocytose : Taux leucocytaire extrêmement bas; se manifeste par des maux de gorge, de la fièvre et une sensation de malaise.

Allergie aux médicaments :

Hypersensibilité à un agent pharmaceutique qui se manifeste par des réactions allant d'une éruption cutanée bénigne à un choc anaphylactique.

Alopécie : Chute générale ou partielle des cheveux; calvitie.

Analgésique : Médicament qui soulage la douleur.

Apnée : Interruption du passage de l'air dans le nez et dans la bouche.

Antiémétique : Médicament qui prévient ou soulage les nausées et les vomissements.

Antiseptique : Substance capable d'inhiber la croissance et la reproduction des microorganismes.

Anurie : Arrêt de la production d'urine.

Asepsie : Absence de germes, de micro-organismes.

Cachexie : Mauvaise santé générale et malnutrition marquées par la faiblesse et l'émaciation.

Cataplexie : État caractérisé par une brusque faiblesse musculaire et la perte de tonus musculaire.

Centre antipoison : Centre faisant partie d'un réseau de services où l'on fournit des informations sur tous les aspects des intoxications, où l'on tient des statistiques sur tous les cas d'intoxication et où l'on adresse les clients à ces centres de traitement.

Cérumen : Substance visqueuse sécrétée dans l'oreille.

Compendium : Liste de médicaments et renseignements sur ces médicaments

utilisée par les médecins pour prescrire le traitement approprié.

Confidentialité : Droit à la protection de la vie privée.

Délirium : Syndrome caractérisé par une détérioration progressive de la mémoire et d'autres facultés cognitives, ainsi que par un obscurcissement de la conscience.

Démence sénile : Démence irréversible caractérisée par une détérioration progressive de la mémoire, des fonctions intellectuelles et autres facultés cognitives, pouvant avoir diverses causes.

Demi-vie : Temps au bout duquel la concentration d'une substance chimique a diminué de moitié dans un compartiment donné.

Diaphorèse : Transpiration ou sueurs abondantes associées à une température corporelle élevée, à la fatigue physique ou à un autre stress émotionnel.

Dysphagie : Sensation de gêne ou d'arrêt survenant lors de la déglutition.

Émaciation : Maigreur excessive causée par une maladie ou la malnutrition.

Épidémiologie : Étude de la fréquence, de la distribution et de l'évolution des maladies.

Étiologie : Cause probable d'un problème de santé.

Eupnée : Respiration facile.

Expectoration : Phénomène par lequel les produits formés dans les voies respiratoires sont rejetés hors de la poitrine.

Exsudat : Liquide organique tantôt séreux, tantôt fibrineux ou muqueux, qui suinte au niveau d'une surface inflammée.

Hématurie : Présence anormale de sang dans l'urine.

Hypophyse : Petite glande attachée à l'hypothalamus, produisant les hormones qui régissent les fonctions vitales et le maintien de l'homéostasie.

Hypotension : Diminution anormale de la pression artérielle, qui ne suffit pas à assurer la perfusion et l'oxygénation normales des tissus.

Hypotension orthostatique : Diminution notable de la pression artérielle dans la position debout ou assise.

Hypothermie : Baisse anormale de la température corporelle en dessous de 35 °C, due généralement à une exposition prolongée au froid.

Immobilité : Incapacité de se déplacer due à un problème de santé qui empêche de bouger ou prescrite à des fins thérapeutiques.

Incontinence urinaire : Écoulement involontaire ou inconscient d'urine.

Infection nosocomiale : Infection acquise pendant un séjour dans un centre hospitalier ou un autre établissement de soins.

Inflammation : Phénomène réactionnel se produisant au point irrité par un agent pathogène.

Lacération : Plaie déchirée et déchiquetée.

Malnutrition : État pathologique résultant d'un déséquilibre, d'une déficience ou d'un excès alimentaire ou d'un trouble de l'absorption, de l'assimilation ou de l'utilisation des aliments.

Mastication : Action de broyer les aliments à l'aide des dents.

Métabolisme : Ensemble des réactions biochimiques catalysées par des enzymes appropriées et aboutissant à des synthèses (anabolisme) ou à des dégradations (catabolisme) de molécules biologiques.

Métabolisme basal : Dépense énergétique minimale d'une personne exprimée par mètre carré de surface corporelle.

Miction : Émission d'urine; passage ou évacuation volontaire d'urine par l'urètre.

Miction impérieuse : Envie pressante d'uriner.

Myalgie : Douleur musculaire.

Négligence : Prestation de soins qui ne respectent pas les normes appropriées.

Norme : Mesure ou guide servant de base de comparaison dans l'évaluation de phénomènes ou d'éléments similaires.

Nycturie : Excrétion urinaire pendant la nuit; elle se rencontre dans l'insuffisance rénale ou chez des personnes qui boivent trop de liquide avant de se coucher.

Œdème : Infiltration séreuse de divers tissus.

Oligurie : Diminution de la quantité des urines.

Péristaltisme : Succession de contractions coordonnées et rythmées des muscles lisses qui assurent la propulsion des aliments dans le tube digestif.

Pharmacodépendance :

Besoin physiologique ou psychologique d'un agent clinique.

Phénomène : Données observables.

Placebo : Préparation pharmaceutique dépourvue de tout principe actif, mais qui peut soulager la douleur par ses effets psychologiques.

Planification du suivi : Série de décisions et d'activités nécessaires pour assurer la continuité et la coordination des soins infirmiers après que le client a reçu son congé du centre hospitalier.

Polyurie : Sécrétion d'urine en quantité abondante.

Potentialisation :

Synergie médicamenteuse où l'effet total est supérieur à la somme des effets individuels de chaque substance.

Préjudice : Délit civil commis à l'endroit d'une personne ou de ses biens.

Presbytie : Diminution physiologique de l'amplitude d'accommodation, liée à l'âge, entraînant une difficulté à obtenir ou à

maintenir une vision nette à la distance normale de lecture.

Prévention primaire : Activités visant à diminuer la probabilité de maladies ou de dysfonctionnements spécifiques.

Prévention secondaire : Activités visant l'établissement de diagnostics et des interventions rapides, de manière à ce que le client puisse recouvrer une santé normale le plus possible.

Prévention tertiaire : Activités conçues en fonction de la réadaptation plutôt que du diagnostic et du traitement.

Problème de santé : Problème dû au fait que le client est incapable de répondre à ses besoins d'ordre physiologique, psychologique, socioculturel, développement mental et spirituel dans le cadre de sa vie quotidienne.

Problème de santé actuel : Problème de santé que perçoit ou que vit le client présentement.

Problème de santé potentiel : Problème de santé dont le client risque de souffrir.

Promotion de la santé : Activités visant à aider les clients à maintenir leur état ou à l'améliorer.

Protocole : Plan écrit et approuvé où sont précisées les méthodes à suivre lors d'une évacuation ou de l'application d'un traitement.

Prurit : Symptôme de démangeaisons qui engendre le besoin de se gratter, pouvant entraîner des infections secondaires.

Rigidité : Raideur ou manque de souplesse (rigidité musculaire).

Satiété : Sentiment de plénitude lorsque la faim est satisfaite.

Sédatif : Médicament qui produit un effet calmant en modérant l'activité fonctionnelle, en diminuant l'irritabilité et en apaisant l'excitation.

Signe : Observation objective faite par un examinateur, comme la fièvre, un réflexe anormal ou un bruit respiratoire anormal.

Signes vitaux : Température, pouls, respirations et pression artérielle.

Somnolence : État caractérisé par un assoupissement peu profond, mais insurmontable ou un engourdissement.

Spasme : Contraction musculaire involontaire.

Surdité : Affaiblissement ou abolition complète du sens de l'ouïe.

Téguments : Peau et phanères : cheveux, ongles, glandes sébacées et sudoripares.

Théorie : Énoncé général sur des liens entre des concepts ou des faits, fondé sur les informations existantes.

Tonus musculaire : Tension musculaire équilibrée normale.

Tranquillisant : Médicament qui calme les personnes agitées ou anxieuses sans provoquer de perte de conscience.

Virus : Micro-organisme minuscule (plus petit que la bactérie) n'ayant aucune activité métabolique indépendante et ne pouvant se multiplier qu'au sein des cellules vivantes qu'il parasite.

RÉFÉRENCES



Brassard, Y. (2008) *Apprendre à rédiger des notes d'évolution au dossier (vol. 1) 4^e édition*. Longueuil : Loze-Dion éditeur.

Brassard, Y. (2006) *Apprendre à rédiger des notes d'évolution au dossier (vol. 2) 4^e édition*. Longueuil : Loze-Dion éditeur

Brochu, H. Bouchard L. (2011) *Guide de rédaction des notes d'évolution*. Document inédit : Institut Philippe-Pinel de Montréal

Fortinash, K.M., Holoday-Worret, P.A., (2003). *Santé mentale et psychiatrie. Soins infirmiers*. Laval : Beauchemin Éditeur.

Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F. (1999). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*. Tome I et II. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.

Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal : Chenelière Éducation.

Saint-Germain, D. et al. (2001) *Note au dossier. Guide de rédaction pour l'infirmière*. Montréal : ERPI

Townsend, M.C. (2004). *Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale*. Montréal : ERPI