



# Gestion d'une admission

CEMTL – Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Soins intensifs et unité coronarienne

Marjolène Di Marzio, CSI

Mylène Ostiguy, CSI

juin 2019

Révision partielle aout 2021

Par

Marjolène Di Marzio, CSI

Myriam Élie CSI

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 



# Préparation de la chambre



### Moniteur cardiaque

- En mode «Sortie»
- Câbles de bases branchés
  - I. ECG
  - II. PNI
  - III. SpO<sub>2</sub> + pince



### Câbles supplémentaires

- Boitier EtCo2
- Pince blanche
- Câble double Y (bout orange)
- 2 câbles à pression gris



### Matériel succion

- Pot et sac à succion
- Eau stérile
- Canule aspiration rigide
- Rallonge aspiration 120"



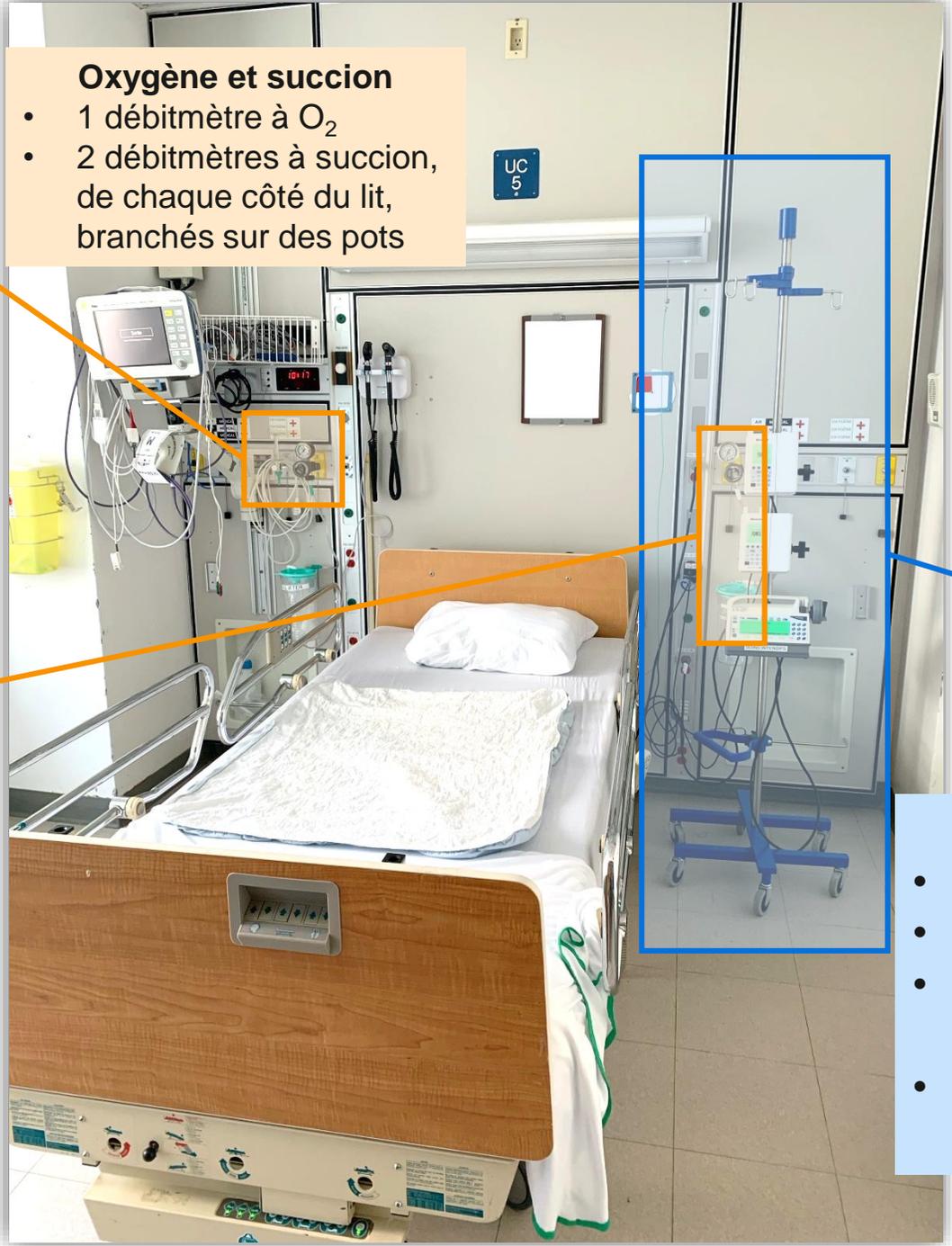


**Matériel sur la tablette**



**Oxygène et succion**

- 1 débitmètre à O<sub>2</sub>
- 2 débitmètres à succion, de chaque côté du lit, branchés sur des pots



**Tige + pompes à soluté**

- 5 pompes volumétrique
- Pousse-Seringue
- Une bande de capuchons désinfectants
- Une bande d'embout désinfectant





# Les rôles pour la préparation de la chambre

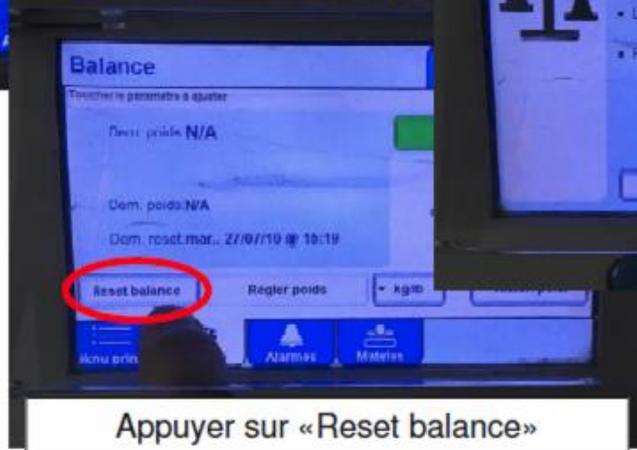
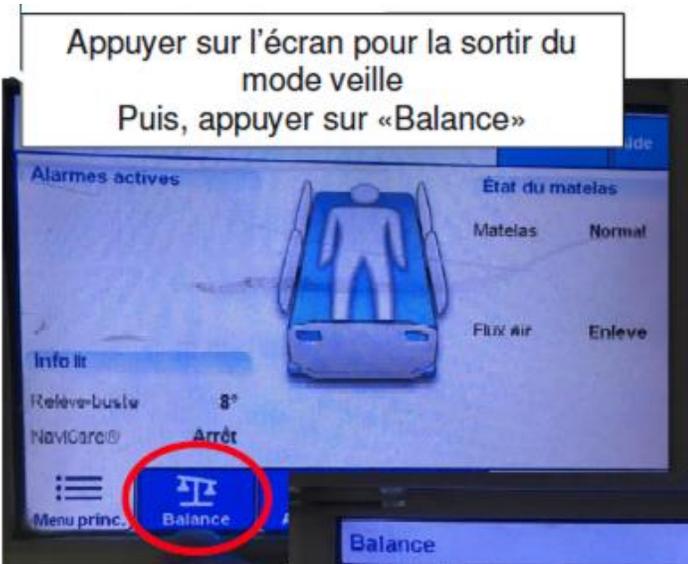
- **PAB**

- Fait le lit avec la literie de base (drap contour, piqué, drap plat, 2 oreillers, jaquette patient)
- Fait le zéro de la balance du lit.
- Apporte le matériel nécessaire (voir la liste de matériel)

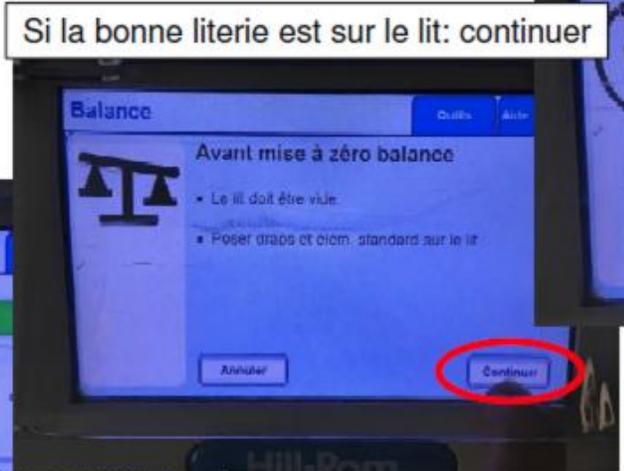
- **Infirmière**

- Vérifie que le matériel est complet, ajoute le matériel manquant au besoin
- Branche les câbles supplémentaires nécessaires au moniteur cardiaque
- Suite à son rapport téléphonique, apporte le matériel dont elle aura besoin selon la condition du patient.
  - Brassard à pression supplémentaire si la taille Medium ne fait pas
  - Collant à saturométrie
  - Thermomètre rectal ou buccal
  - Pompes IV supplémentaires
  - Kits à soins de bouche
  - Affiche d'isolement appropriée

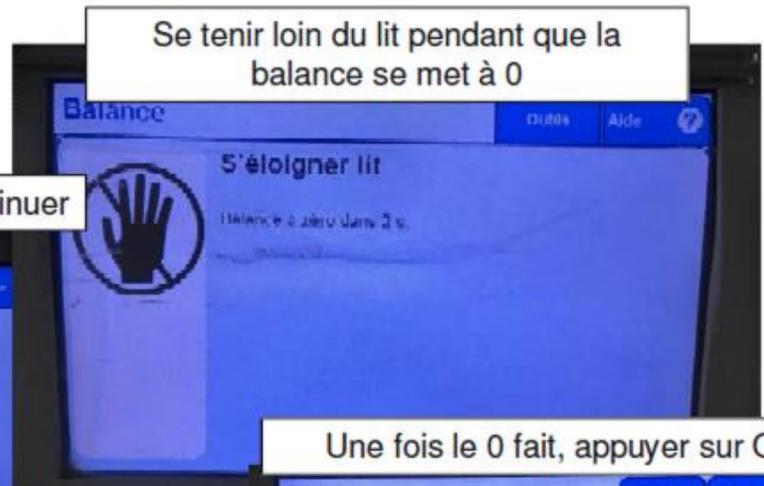
# Zéro de la balance du lit



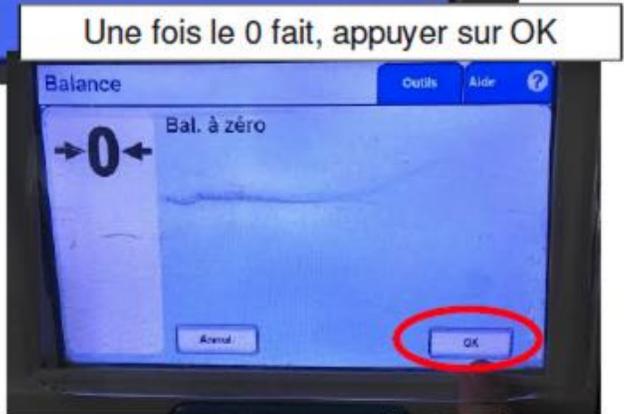
Appuyer sur «Reset balance»



Si la bonne literie est sur le lit: continuer



Se tenir loin du lit pendant que la balance se met à 0



Une fois le 0 fait, appuyer sur OK

Moniteur		Sur la tablette	
1	Moniteur	1	Ruban à mesurer
1	Câble ECG + couette	1	Diachylon transparent
1	Câble à saturomètre bleu et pince de saturométrie <a href="#">L'infirmière ajoutera au besoin un saturomètre collant</a>	10	Électrodes
1	Câble mauve de pression + brassard à pression réutilisable Medium <a href="#">Par l'infirmière: Taille du brassard à évaluer par la suite et à changer pour un brassard jetable si patient en isolement</a>	2	Écouillons à prélèvement bout rouge
Panier au mur		1	Pince verte
1	Câble double en Y (bout orange)	1	Canules aspiration rigide
2	Fils de capteur de pression (gris)	1	<a href="#">Thermomètre (à ajouter par l'infirmière)</a>
1	Pince blanche (support à capteur de pression)	Dans l'haricot	
1	Boitier EtCO <sub>2</sub> + câble	20	Tampons alcool
		20	Tampons chlorexidine
Oxygène et succion		5	Tegaderms
1	Débitmètre à Oxygène	5	Tegaderm IV advanced (1683)
2	Débitmètre à succion (un de chaque coté du lit) branché sur les pots à succion	1	Garrot
2	Pots à succion *NE PAS JETER* (un de chaque coté du lit)	10	Compresse 2x2
Espace pour succion		4	Elastoplasts ou petit mepore
1	Rallonge à aspiration 120"	2	Barillets
1	Canule d'aspiration rigide	LIT	
1	Bouteille d'H <sub>2</sub> O stérile (1000cc) pour les soins intensifs et patients intubés de UC	Mise à zéro du lit et de l'historique*faire avec la lingerie de base	
Au Mur		Lingerie de base sur le lit	
1	Boîte à aiguilles	1	Oreiller
Tige et pompes à solutés		1	Draps (contour + plat)
4	pompes Baxter Spectrum IQ	1	Piqué
1	Pompe Medfusion ou mini-perfuseur	1	Jaquette
1	Lisières capuchons auto-désinfectant verts Curoso,	1	Oreiller supplémentaire sur la tablette
1	Lisière d'embouts auto-désinfectant verts Curoso		
1	Tige de solutés	<b>Matériel pour admission à mettre dans la chambre de l'usager</b>	



# Rapport téléphonique/verbal



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

# Rapport téléphonique

- Diagnostic d'admission
- Isolement
- Niveau de soins si connu
- Intubation O/N,
- oxygénothérapie en cours
- Derniers SV-SN, Rythme
- cardiaque au
- moniteur/arythmie
- TAM actuelle et visée si
- amines en cours
- Stomie – Drains –
- Pansements
- 

- Canule artérielle – Voie
- centrale (localisation)
- Soluté en cours – Débit
- Localisation
- Labos en cours –
- débalancés – à venir
- Code 50 O/N
- Examen(s) à venir
- Particularités (matelas
- thermorégulateur –
- couverture chauffante –
- situation particulière...)
-

# Rapport verbal

Lorsque l'infirmière arrive sur le département avec le patient

Réviser avec l'infirmière

- Prescriptions
- FADM
- Ajout de nouvelles données au rapport téléphonique

Si provient de la RÉA à l'urgence

Autres secteurs de l'urgence

Étage  
Salle de réveil/Salle d'op

Depuis l'admission

Du quart de travail

S'assurer que toute la médication prescrite a été **donnée** et **notée** à la FADM  
S'assurer que tous les laboratoires demandés ont été faits  
S'assurer que toutes les requêtes ont été envoyées



# Arrivée du patient

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

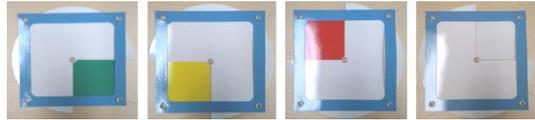
Québec 



Nous ne pouvons pas garder  
les câbles du secteur de  
provenance.

Un moniteur cardiaque (peu importe lequel) doit rester branché au patient durant le transfert de lit.  
En aucun cas le patient peut être débranché temporairement pour la durée du transfert.

- Double identification de l'utilisateur avec bracelet/allergies
- ABCD
- Signes vitaux (PNI X2 bras, FC, SpO<sub>2</sub>, FR, douleur, température **rectale** (si possible))
- Rythme cardiaque
- Poids et taille
- Dosage des drains
- Évaluation des plaies
- Évaluation physique complète (dans un 2<sup>e</sup> temps)
- Évaluer le risque de chute et ajuster la marguerite au chevet



### Données à récolter

### Laboratoires

- Laboratoires d'admission – selon OIP d'admission / ordonnances individuelles
- Dépistages
  - SARM
  - ERV
  - BGNPC
  - COVID-19

### Matériel

- Changer sac à sonde urinaire pour un sac dosage horaire
- Installer l'affiche d'isolement (PRN)
- Ajuster les alarmes au moniteur cardiaque
- Calibrer les capteurs à pression
- Programmation des différentes pompes IV

### IV

- Perfusions en cours
  - Compatibilité
  - Bonne voie (centrale/périphérique)
  - Bonne concentration
  - Bonne dose
  - Bonne programmation
- Évaluation des DAV (sera vu ultérieurement)
- Présence d'une voie d'urgence identifiée



### Dossier

- Double vérification **indépendante** des ordonnances avec FADM et plan de soins
- Ranger les feuilles dans le dossier (*si aucun agent administratif présent*)
- Imprimer et analyser une bande de rythme
- Noter le score de Braden à l'admission



# **OIP-CEMTL-00198 – Admission en contexte de soins intensifs**



Centre Intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Québec

HMR  LT  
 HSCO  PDI  
 IUSMM  SLSM  
 CPMCS

0 P 0 0 1 9 8 \*

Poids : \_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_ cm Allergie(s) : \_\_\_\_\_ Intolérance(s) : \_\_\_\_\_

[OIP-CEMTL-00198] – [Admission en contexte de soins intensifs]

**REALABLES :** Compléter le bilan comparatif des médicaments (BCM) d'admission

- La médication prescrite préadmission doit être réévaluée et validée par l'équipe médicale des soins intensifs
- Lorsque suivi par le SAPO, les ordonnances du SAPO ont préséance sur les autres thérapies analgésiques qui sont alors cessées

**SOINS ET SURVEILLANCE**

- Poids et taille à l'admission, puis poids DIE
- Moniteur cardiaque
- Signes vitaux selon évaluation clinique OU  q 1 h OU  q \_\_\_\_ x \_\_\_\_ puis selon réévaluation clinique
- Température rectale x 1 sauf si contre-indication
- FiO<sub>2</sub> pour viser cible SpO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_
- Signes neurologiques selon évaluation clinique OU  q 1 h OU  q \_\_\_\_ x \_\_\_\_ puis selon réévaluation clinique
- Bilan Ingesta / Excreta q 1 h OU q \_\_\_\_\_
- Aviser médecin si diurèse visée ≤ 0.5 mL/kg/h OU \_\_\_\_\_
- Installer une sonde urinaire (réévaluer la pertinence DIE)
- Installer un tube gastrique : vérification du positionnement avec rayon-X abdomen après nouvelle installation (requête à compléter par le MD si requis)
- En drainage libre
- Sous succion
- Intermittente (< 120 mmHg) : \_\_\_\_\_
- Continue (entre 30 et 40 mmHg) : \_\_\_\_\_
- Évaluation du délirium (selon échelle) : Aviser MD si délirium détecté (ICDSC ≥ 4/8)
- Tête de lit à 30-45° OU \_\_\_\_\_
- Lames artificielles 1 goutte OU QID PRN pour les usagers inconscients ou sous ventilation mécanique (valider si l'usager est porteur de lentilles cornéennes) : Aviser pharmacie
- Mobilisation selon tolérance et viser mobilisation au fauteuil TID (minimalement)  Mobilisation en bloc
- Repos au lit et restrictions de mobilisation : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

**EXAMENS ET PRÉLÈVEMENTS**

À l'admission: ECG, rayon-X poumons (requête en vigueur à compléter par le MD si requis)

Réévaluation des examens et prélèvements DIE par le MD

Laboratoires à l'admission	Fréquence par la suite PRN
<input type="checkbox"/> Bilan USI	_____
<input type="checkbox"/> FSC	_____
<input type="checkbox"/> Troponine	_____
<input type="checkbox"/> Coagulogramme	_____
<input type="checkbox"/> Lactate	_____
<input type="checkbox"/> Gaz artériel	_____
<input type="checkbox"/> Gaz veineux	_____
<input type="checkbox"/> Autres :	_____

Bilan septique si T° ≥ 38,5°C et dernier bilan depuis plus de 48 h

Hémocultures x 2 Culture d'expectorations A/C urine

Signature du prescripteur # permis Date (AA/MM/JJ) Heure

Centre Intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Québec

HMR  LT  
 HSCO  PDI  
 IUSMM  SLSM  
 CPMCS

0 P 0 0 1 9 8 \*

Poids : \_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_ cm Allergie(s) : \_\_\_\_\_ Intolérance(s) : \_\_\_\_\_

[OIP-CEMTL-00198] – [Admission en contexte de soins intensifs]

**SOLUTÉS**

**HÉMODYNAMIE**

- Titrer vasopresseurs pour  TAM ≥ \_\_\_\_\_ mmHg Titrer pour  TAS ≥ \_\_\_\_\_ mmHg
- Débuter Norépinephrine à \_\_\_\_\_ mcg/min IV (dose usuelle : 2 à 30 mcg/min)
- Aviser MD lors du début de la perfusion
- Titre de 1 à 3 mcg/min q 1 à 5 min PRN
- Aviser MD si dose ≥ 20 mcg/min
  - Particularité: risque d'extravasation, se référer au guide IV pour traitement avec phentolamine
  - Préparation 4 mg /250 mL à administrer par voie périphérique et ≥ 8 mg/250 mL par voie centrale
- Autres perfusions, paramètres visés et interventions associées : \_\_\_\_\_

**PROPHYLAXIE ULCÈRE DE STRESS**

- Famotidine 20 mg IV  q 12 h (si DFGe ≥ 50 mL/min)  q 24 h (si DFGe < 50 mL/min ou sous thérapie de remplacement rénale)
- Cesser Famotidine lorsque l'usager extubé ou si débit optimal de nutrition entérale atteint et toléré et avisé pharmacie
- Lansoprazole Fast Tab<sup>MD</sup> PO/VL 30 mg DIE
- Aucune
- Autre : \_\_\_\_\_

**THROMBOPROPHYLAXIE**

- OIP CEMTL 00043 – THROMBOPROPHYLAXIE (À COMPLÉTER PAR LE MD SI REQUIS)
- Bas à compression intermittente
- Autre : \_\_\_\_\_

**INSULINOTHÉRAPIE** (Ordonnance – OIP à compléter par le MD si requis)

- Insuline IV : OIP HMR 3014 - Insulinothérapie IV aux soins intensifs ou HSC 136
- Insuline SC : OIP HMR 3353 - Échelle d'insuline sous-cutanée selon la glycémie capillaire ou HSC 122
- Pas d'insuline : glycémies capillaires q \_\_\_\_\_ et avisé si ≥ 10 mmol., si ≤ 10 mmol x 48 h cesser
- Aucune

**NUTRITION**

- Consultation en nutrition (requête à compléter par le MD)
- NPO strict  NPO sauf médicaments
- Alimentation per os : \_\_\_\_\_
- Initiation d'un support nutritionnel entéral : \_\_\_\_\_

**PRÉVENTION CONSTIPATION**

- Débuter PEG 3350 (Lax-a-Day<sup>MD</sup>) 17 g PO DIE
- Si pas de selles pendant 3 jours débuter PEG 3350 (Lax-a-Day<sup>MD</sup>) 17 g PO DIE et avisé MD

Signature du prescripteur # permis Date (AA/MM/JJ) Heure

0 P 0 0 1 9 8 \*

- Pour standardiser les ordonnances de routine à l'arrivée des patients aux Soins Intensifs.
- Éviter l'oubli d'éléments importants
- Document de référence

À l'admission de tous les patients aux soins intensifs.

Centre Intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Québec

HMR  LT  
 HSCO  PDI  
 IUSMM  SLSM  
 CPMCS

0 P 0 0 1 9 8 \*

Poids : \_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_ cm Allergie(s) : \_\_\_\_\_ Intolérance(s) : \_\_\_\_\_

[OIP-CEMTL-00198] – [Admission en contexte de soins intensifs]

**RÉPLÉTION ÉLECTROLYTIQUE**

Contre-indications :

- Créatinine > 200 umol/L OU  Aviser MD avant chaque réplétion d'électrolytes
- Usager sous thérapie de remplacement rénal (TRR)
- Administration et suivis:
  - Se référer au manuel d'administration IV de HMR ou de HSCO pour les dilutions et vitesses d'administration
  - Administrer selon l'ordre d'apparition sur cette OIP sauf si spécifications contraies exposées ci-dessous
  - Documenter la prise d'électrolytes sur la FADM en vigueur

**MAGNÉSIMUM**

- Magnésémie de 0.5 à 0.75 mmol/L
  - Sulfate de magnésium 2 g IV x 1
- Magnésémie < 0.5 mmol/L
  - Sulfate de magnésium 5 g IV x 1

**PHOSPHORE**

- IMPORTANT :** Choix du sel de phosphore injectable est en fonction de la kaliémie :
  - Si kaliémie > 4.4 mmol/L : NaHPO<sub>4</sub>
  - Aucune utilisation de NaHPO<sub>4</sub> permise, répléter avec KH<sub>2</sub>PO<sub>4</sub>/K<sub>2</sub>HPO<sub>4</sub>
  - Si kaliémie ≤ 4.4 mmol/L : KH<sub>2</sub>PO<sub>4</sub>/K<sub>2</sub>HPO<sub>4</sub>
- Phosphatémie de 0.5 à 0.7 mmol/L
  - 15 mmol IV sel de phosphore
- Phosphatémie < 0.5 mmol/L :
  - 15 mmol IV x 2 sel de phosphore
  - Effectuer une phosphatémie de contrôle 4 h post fin de la réplétion.
  - Aviser le MD si toujours < 0.5 mmol/L

**POTASSIUM**

- IMPORTANT :** Toujours privilégier la voie PO
- Kaliémie de 3 à 3.5 mmol/L
  - KCl 40 mmol VL/PO q 2 h x 2
  - Si voie PO indisponible donner KCl 20 mmol IV x 2
- Kaliémie < 3 mmol/L
  - KCl 40 mmol VL/PO q 2 h x 3
  - Si voie PO indisponible donner KCl 20 mmol IV x 4
  - Spécification : pour ce niveau de kaliémie: le KCl peut être débuté en même temps que le magnésium IV
  - Effectuer une kaliémie de contrôle 4 h post fin de la réplétion.
  - Aviser le MD si toujours < 3 mmol/L

Cette ordonnance est valide uniquement pour un usager pris en charge par l'équipe des soins intensifs. Toute autre prescription doit être rédigée sur une ordonnance ou sur le BCM d'admission.

Signature du prescripteur # permis Date (AA/MM/JJ) Heure

0 P 0 0 1 9 8 \*

# Préalables

Le BCM est une *Pratique organisationnelle requise* par Agrément Canada.

- Assure une transmission complète et exacte des informations relatives à la médication d'un patient admis aux soins intensifs
- Améliore la sécurité des patients
- Minimise les risques

## PREALABLES :

Compléter le **bilan comparatif des médicaments (BCM)** d'admission

- La médication prescrite préadmission doit être réévaluée et validée par l'équipe médicale des soins intensifs
- Lorsque suivi par le SAPO, **les ordonnances du SAPO** ont préséance sur les autres thérapies analgésiques qui sont alors cessées

Les ordonnances de chirurgie/anesthésie ont une valeur égale à celles des soins intensifs. Les intensivistes/chirurgiens/anesthésiologistes doivent se mettre d'accord.

## Meilleur schéma thérapeutique possible

### Dossier Santé Québec (DSQ)

«Les médicaments prescrits ou vendus **sous contrôle pharmaceutique** et servis dans les pharmacies communautaires.»  
**Pouvons y retrouver info relatives à la pharmacie du patient**

Aucune notion sur la médication achetée en «vente libre»

#### Limites:

Ex: Si le Lopresor a été augmenté de 25mg à 50mg, le patient pourrait vouloir terminer la bouteille déjà servie en doublant sa dose. L'info ne figurerait pas sur le DSQ. On pourrait penser que la dose est toujours 25mg.

#### Profil pharmacologique - actif

Médicament	Nom commercial	Posologie	Durée	Qté	Ordonnance	Exécution	RR/RA
FUROSEMIDE 20MG COMPRIME	APO FUROSEMIDE 20MG COMPRIME	1 COMPRIME APRES- MIDI	30 j	30	2018/02/03	2018/04/04	10/12
LEVOTHYROXINE 125MCG COMPRIME	SYNTHROID 125MCG COMPRIME	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR	30 j	30	2018/02/21	2018/04/04	11/12
PANTOPRAZOLE 40MG COMP. ENT.	APO PANTOPRAZOLE 40MG COMP. ENT.	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN PP12	30 j	30	2018/02/01	2018/04/04	10/12
APIXABAN 5MG COMPRIME	ELIQUIS 5MG COMPRIME	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR	30 j	60	2018/02/01	2018/04/04	10/12
ROSUVASTATINE 20MG COMPRIME	APO ROSUVASTATIN 20MG COMPRIME	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30 j	30	2018/02/01	2018/04/04	10/12
SPIRONOLACTONE 25MG COMPRIME	TEVA SPIRONOLACTONE 25MG COMPRIME	PRENEZ 1/2 COMPRIME TOUS LES AVANT-MIDI	30 j	15	2018/02/01	2018/04/04	10/12
PERINDOPRIL- ERBUMINE 2MG COMPRIME	COVERSYL 2MG COMPRIME	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30 j	30	2018/02/01	2018/04/04	10/12
CARVEDILOL 3.125MG COMPRIME	APO CARVEDILOL 3.125MG COMPRIME	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR	30 j	60	2018/02/01	2018/04/04	10/12
FUROSEMIDE 40MG COMPRIME	APO FUROSEMIDE 40MG COMPRIME	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30 j	30	2018/02/01	2018/04/04	10/12
LEVOTHYROXINE 112MCG COMPRIME	SYNTHROID 112MCG COMPRIME	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR	30 j	30	2017/11/09	2018/01/04	11/12
PANTOPRAZOLE 40MG COMP. ENT.	APO PANTOPRAZOLE 40MG COMP. ENT.	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30 j	30	2017/11/05	2018/01/04	11/12
ROSUVASTATINE 20MG COMPRIME	APO ROSUVASTATIN 20MG COMPRIME	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30 j	-30	2017/11/05	2018/01/04	10/12

## Meilleur schéma thérapeutique possible

Dossier Santé Québec (DSQ)

Profil pharmacologique (pharmacie communautaire)

«Les médicaments prescrits ou vendus **sous contrôle pharmaceutique** et servis dans les pharmacies communautaires.»  
**Pouvons y retrouver info relatives à la pharmacie du patient**

Aucune notion sur la médication achetée en «vente libre»

### Limites:

Ex: Si le Lopresor a été augmenté de 25mg à 50mg, le patient pourrait vouloir terminer la bouteille déjà servie en doublant sa dose. L'info ne figurerait pas sur le DSQ. On pourrait penser que la dose est toujours 25mg.

Liste pharmacologique complète et à jour des médicaments prescrits aux patients.  
 Tous les médicaments prescrits pour le patients même ceux que le patient ne renouvelle pas.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Québec

### DEMANDE DE TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR D'UN PROFIL PHARMACOLOGIQUE

Cette demande peut être conservée dans le dossier actif de l'utilisateur mais ne sera pas archivée.

Demande faite le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_

Par \_\_\_\_\_

Intensiviste  
 Nom du demandeur \_\_\_\_\_ Fonction du demandeur \_\_\_\_\_ Licencé (e) (y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Soins Intensifs \_\_\_\_\_ HMR \_\_\_\_\_ (514) 252-3400  
 Département/Service \_\_\_\_\_ Installation du CEMTL \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

À : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Nom de la pharmacie \_\_\_\_\_ Télécopieur - Pharmacie \_\_\_\_\_ Téléphone - Pharmacie \_\_\_\_\_

Pour : \_\_\_\_\_ (Prénom et nom de l'utilisateur) \_\_\_\_\_ (Date de naissance: AAAA-MM-JJ)

L'utilisateur ci-haut mentionné ou la personne dûment autorisée a signé le formulaire de consentement vous autorisant à transmettre l'information demandée au CEMTL.

- Ce consentement est consignés au dossier de l'utilisateur et n'est valide que pour l'épisode de soins actuel.
- Si vous désirez obtenir une copie de ce consentement, en faire la demande au demandeur.
- En service ambulatoire, le consentement verbal a été obtenu de l'utilisateur et est noté au dossier en date de l'envoi.

Veuillez traiter cette demande dans **les plus brefs délais**

Le profil pharmacologique doit être acheminé **par télécopieur** au numéro suivant :

(514) 252-3806 (514) 252-3400 (poste 6219)  
 Numéro de télécopieur du demandeur Numéro de téléphone du demandeur

le profil pharmacologique à jour incluant

- Les **allergie(s) et intolérance(s)** documentée(s)
- Les ordonnances actives incluant les ordonnances avec une fréquence de renouvellement moindre
- L'historique de la médication active (jusqu'aux 3 derniers renouvellements)
- Les ordonnances en attente (non servies)
- Les **antibiotiques dans les 3 derniers mois** (avec posologie complète)
- Les **corticostéroïdes dans les 3 derniers mois** (avec posologie complète)
- La **chimiothérapie orale dans les 3 derniers mois** (avec posologie complète)
- Toute médication servie ponctuellement dans les 3 derniers mois
- Tout renseignement concernant l'**adhésion (observance)** au traitement médicamenteux
- Le type de **service** de médicaments (**Dosette, Dispositif, etc.**)
- Toute autre information jugée pertinente (médicaments de vente libre, produits de santé naturels, suivi effectué par un autre professionnel, etc.)

Merci de votre collaboration

CONFIDENTIALITÉ - Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, vous êtes par le présent avisé qu'il est strictement interdit de divulguer ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par erreur, veuillez nous en aviser sur-le-champ et le désactiver.

Marie-Claude Cyr pharmacienne Inc.  
 5850 Boul. Léger, Mil-N (514)324-4520  
 H1G 1K6 Fax : 514-324-1399

### DOSSIER PATIENT

BCW  
 CECI N'EST PAS UNE ORDONNANCE

PATIENT:

Sexe: M Langue: Français  
 Naissance: 1956/08/21 Age: 61 ans  
 Taille: 0,00 m. Poids: 0,00 Kg  
 R.A.M.Q.:

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren dontés, Durée
2018/02/03	0455-322	200,0	MYLAN-NITRO 8L SPRAY 0.4mg/dose	FS	1 VAPORISATION SOUS LA LANGUE AUX 5 MINUTES (MAXIMUM 3 FOIS)	J.TREMBLAY (1963180)	13/0 20 Ad: 2019/02/01
2018/04/04	4553-181	30,0	APO-FUROSEMIDE Pulv. Sub-Ling 20mg Comp.	RS	1 COMPRIME APRES-MIDI	J.TREMBLAY (1963180)	10/2 30 Ad: 2019/02/03
2018/04/04	0457-450	30,0	SYNTHROID 0.125mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR	L.BONDAZ (1131580)	11/1 30 Ad: 2019/02/21
2018/04/04	0455-326	30,0	APO-PANTOPRAZ OLE 40mg Comp.	RSE	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	J.TREMBLAY (1963180)	10/2 30 Ad: 2019/02/01
2018/04/04	0455-324	60,0	ELIQUIS 5mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR	J.TREMBLAY (1963180)	10/2 30 Ad: 2019/02/01
2018/04/04	0455-323	30,0	APO-ROSUVASTAT IN 20mg Comp.	RSE	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	J.TREMBLAY (1963180)	10/2 30 Ad: 2019/02/01
2018/04/04	0455-321	15,0	TEVA-SPIRONOLA CTONE 25mg Comp.	RSE	PRENEZ 1/2 COMPRIME TOUS LES AVANT-MIDI	J.TREMBLAY (1963180)	10/2 30 Ad: 2019/02/01
2018/04/04	0455-320	30,0	COVERSYL 2mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	J.TREMBLAY (1963180)	10/2 30 Ad: 2019/02/01
2018/04/04	0455-319	60,0	APO-CARVEDILOL 3.125mg Comp.	RSE	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR	J.TREMBLAY (1963180)	10/2 30 Ad: 2019/02/01
2018/04/04	0455-318	30,0	APO-FUROSEMIDE 40mg Comp.	RSE	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	J.TREMBLAY (1963180)	10/2 30 Ad: 2019/02/01

Dossier Ordonnance Résultats Plan Références

- Allergies et intolérances
- Code d'évacuation
- Contrôle et prévention des infections
- Échelles d'évaluation
- Ingesta et excréta
- Paramètres cliniques
- Problèmes
- Visualiseur de documents
- Complétion de dossier
- Éditeur de notes cliniques
- Information sur le CLSC
- GESPAPHARLite

## Profil pharmacien

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
**Québec**  
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Prescription possible**

HMR400016

**BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AU TRANSFERT**  
 Imprimé le: 2020-08-05 13:54

Liste complète des médicaments :	Conduite à tenir / Commentaires	Pour transfert en communautaire		
		Qté	Ren	Init.
HOP - Rx pré-admission HOP - Rx débutées en hôpital CHSLD - Rx valides en hébergement <b>VANCOMYCINE (oral) 125 mg/caps. (VANCOCIN)</b> 125 MG = 1 CAP(s) par la bouche, 4 FOIS PAR JOUR x 14 jours (poursuivre 7 jours après l'arrêt du Cipro) H: 0800-1200-1700-2100 Début: 2020-07-30 Fin: 2020-08-12	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Autre conduite à tenir: _____			
<b>INDACATÉROL + GLYCOPYRROLONIUM 110-80 mg/caps à 4 inh (ULTIBRO BREEZHALER)</b> 1 CAP(s) en inhalation, AU COUCHER Ce produit sera servi par la pharmacie sur demande écrite. H: 2100 Début: 2020-07-29	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Autre conduite à tenir: _____			
<b>SALBUTAMOL 0.1 mg/dose (Inhalateur 200 doses) *IN* (VENTOLIN)</b> BOUFFÉE(s), dose à DOMICILE s'il y a lieu : 2-4 inh qid prn SI patient à HMR, suivre protocole d'aérosolthérapie Début: 2020-08-04	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Autre conduite à tenir: _____			
<b>SALBUTAMOL 1 mg/mL (2.5 mL/néb.) inh. *IN* (VENTOLIN)</b> 2.5 ML en nébulisation, dose à DOMICILE s'il y a lieu : 1 nébule QID PRN Début: 2020-08-04	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Autre conduite à tenir: _____			
<b>FER SULFATE 300 mg/co. (SULFATE FERREUX)</b> 300 MG = 1 CO(s) par la bouche, AU DINER ET AU SOUPER Prendre à jeun de préférence H: 1200-1700 Début: 2020-07-28	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Autre conduite à tenir: _____			
<b>APIxaban 5 mg/co. * anticoagulant * (ELIQUIS)</b> 5 MG = 1 CO(s) par la bouche, 2 FOIS PAR JOUR H: 0800-2100 Début: 2020-08-02	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Autre conduite à tenir: _____			
<b>TramaDOL rég. 50 mg/co. (ULTRAM)</b> 50 MG = 1 CO(s) par la bouche, 2 FOIS PAR JOUR AU BESOIN Début: 2020-07-31	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Autre conduite à tenir: _____			

Signature du prescripteur: \_\_\_\_\_ Initiale: \_\_\_\_\_ Date/hre: \_\_\_\_\_  
 Signature du prescripteur: \_\_\_\_\_ Initiale: \_\_\_\_\_ Date/hre: \_\_\_\_\_

Laisser une photocopie au dossier si document utilisé comme ordonnance au départ.  
 Sinon, l'original doit être conservé au dossier dans la section appropriée.

Copyright © 1994-2020 CGS@SOLUTIONS TI INC. (DLL-3534) Page: 4 de 8

## Bilan comparatif des médicaments au transfert (BCM de transfert)

Comprend les médicaments prescrits au cours de l'hospitalisation du patient ainsi que les médicaments que le patient prenait à la maison mais qui ont été suspendus au cours de l'hospitalisation

Devra s'annexer à l'OIP d'admission

Rempli par résident ou intensiviste

«Les médicaments prescrits ou...  
 Liste pharm...  
 complète e...  
 médicaments...  
 tous les m...  
 prescrits po...  
 me ceu...  
 ne renouv...

Impressions

Date: 2020-06-11

Rapport: FEUILLES D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS  
 BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AU DÉPART  
**BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AU TRANSFERT**  
 FEUILLES D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS  
 FEUILLES D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (7 JOURS)  
 Historique de la médication oncologique  
 Ordonnance de départ (clientèle sans BCM)  
 Profil MÉDICAL ou Profil ordonnances externes  
 PROFIL PHARMACIEN  
 Sommaire administration

Impressions

Date: 2020-06-11

Rapport: BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS AU TRANSFERT

Feuille vierge

Générer le rapport

# Soins et surveillances

## SOINS ET SURVEILLANCE

- Poids et taille à l'admission, puis poids DIE → Important pour connaître la volémie du patient
- Moniteur cardiaque
- Signes vitaux selon évaluation clinique OU  q 1 h OU  q \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ puis selon réévaluation clinique
  - ✓ Température rectale x 1 sauf si contre-indication
- FiO<sub>2</sub> pour viser cible SpO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_ → Donne le droit de mettre O<sub>2</sub> sans limite
- Signes neurologiques selon évaluation clinique OU  q 1 h OU  q \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ puis selon réévaluation clinique
- Bilan Ingesta / Excreta q 1 h OU q \_\_\_\_\_
  - Aviser médecin si diurèse visée  $\leq 0.5$  mL/kg/h OU \_\_\_\_\_
  - Installer une sonde urinaire (réévaluer la pertinence DIE)
  - Installer un tube gastrique : vérification du positionnement avec rayon-X abdomen après nouvelle installation (requête à compléter par le MD si requis)
    - En drainage libre
    - Sous succion
      - ✓ Intermittente ( $< 120$  mmHg) : \_\_\_\_\_
      - ✓ Continue (entre 30 et 40 mmHg) : \_\_\_\_\_
- Évaluation du délirium (selon échelle) : **Aviser MD** si délirium détecté (ICDSC  $\geq 4/8$ )
- Tête de lit à 30-45° OU \_\_\_\_\_
- Larmes artificielles 1 goutte OU QID PRN pour les usagers inconscients ou sous ventilation mécanique (valider si l'usager est porteur de lentilles cornéennes) : **Aviser pharmacie**
- Mobilisation selon tolérance et viser mobilisation au fauteuil TID (minimalement)  Mobilisation en bloc
- Repos au lit et restrictions de mobilisation : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

→ Nouveau

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec





# Hémodynamie, antimicrobiens et surveillance septique et prophylaxie ulcère de stress

## HÉMODYNAMIE

- Titrer vasopresseurs pour  TAM  $\geq$  \_\_\_\_\_ mmHg Titrer pour  TAS  $\geq$  \_\_\_\_\_ mmHg
- Débuter Norépinephrine à \_\_\_\_\_ mcg/min IV (dose usuelle : 2 à 30 mcg/min)
  - ✓ **Aviser MD** lors du début de la perfusion
  - ✓ Titrer de 1 à 3 mcg/min q 1 à 5 min PRN
  - ✓ **Aviser MD** si dose  $\geq$  20 mcg/min
    - Particularité: risque d'extravasation, se référer au guide IV pour traitement avec phentolamine
    - Préparation 4 mg /250 mL à administrer par voie périphérique et  $\geq$  8 mg/250 mL par voie centrale
- Autres perfusions, paramètres visés et interventions associées : \_\_\_\_\_

## PROPHYLAXIE ULCÈRE DE STRESS

- Famotidine 20 mg IV  q 12 h (si DFG<sub>e</sub>  $\geq$  50 mL/min)  q 24 h (si DFG<sub>e</sub> < 50 mL/min ou sous thérapie de remplacement rénale)
  - ✓ Cesser Famotidine lorsque l'usager extubé ou si débit optimal de nutrition entérale atteint et toléré et aviser pharmacie
- Lansoprazole Fast Tab<sup>MD</sup> PO/VL 30 mg DIE
- Aucune
- Autre : \_\_\_\_\_

## THROMBOPROPHYLAXIE

- OIP CEMTL 00043 – THROMBOPROPHYLAXIE (À COMPLÉTER PAR LE MD SI REQUIS)
- Bas à compression intermittente
- Autre : \_\_\_\_\_

Ces sections seront revues durant l'orientation pour plus de détails

# Thromboprophylaxie

## THROMBOPROPHYLAXIE

OIP CEMTL 00043 - Thromboprophylaxie (à compléter par le MD si requis)

<b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de- l'Île-de-Montréal</b> <b>Québec</b> 	N° Dossier :	Date de naissance :	Sexe :
	Nom, Prénom :	Nom de la mère :	
 EST10064	Adresse :		Téléphone :
	NAM :		Expiration :
<b>OIP-CEMTL-00043 - THROMBOPROPHYLAXIE</b>			
<input type="checkbox"/> HMR <input type="checkbox"/> HSCO <input type="checkbox"/> IUSMM <input type="checkbox"/> CPMCS <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> PDI <input type="checkbox"/> SLSM			
Poids : ____ Kg		Taille : ____ cm	Allergie : _____ Intolérance : _____
<b>LABORATOIRES PRÉALABLES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• FSC, coagulogramme de dépistage, créatinine sérique (si non fait dans les derniers 48 heures)</li></ul>			
<b>PROPHYLAXIE (Faire un seul choix)</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Aucune indication, usager avec mobilité adéquate</li><li><input type="radio"/> Usager déjà anticoagulé, poursuivre anticoagulant(s) en cours</li><li><input type="radio"/> Héparine 5000 unités SC BID (<b>Ne pas utiliser si présence de facteurs de risques élevés</b>)</li><li><input type="radio"/> Poids &gt; 90 Kg :                      Tinzaparine (Innohep<sup>MD</sup>) 4500 unités SC DIE</li><li><input type="radio"/> Poids entre 40 et 90 Kg :              Tinzaparine (Innohep<sup>MD</sup>) 3500 unités SC DIE</li><li><input type="radio"/> Poids entre &lt; 40 Kg :                  Tinzaparine (Innohep<sup>MD</sup>) 2500 unités SC DIE</li><li><input type="radio"/> Si contexte de thrombocytopénie induite par l'héparine (HIT) :      Fondaparinux (Arixtra<sup>MD</sup>) 2,5 mg SC DIE</li><li><input type="radio"/> Bas anti-thrombotiques si :</li></ul>			

# Insulinothérapie Nutrition

## INSULINOTHÉRAPIE (Ordonnance – OIP à compléter par le MD si requis)

- Insuline IV : OIP HMR 3014 - Insulinothérapie IV aux soins intensifs ou HSC 136 → Ne pas prendre le protocole IV des étages
- Insuline SC : OIP HMR 3353 - Échelle d'insuline sous-cutanée selon la glycémie capillaire ou HSC 122
- Pas d'insuline : glycémies capillaires q \_\_\_\_\_ et aviser si  $\geq 10$  mmol., si  $\leq 10$  mmol x 48 h cesser → Critère d'Agrément Canada de suivre la glycémie de tous les usagers aux soins intensifs
- Aucune

## NUTRITION

- Consultation en nutrition (requête à compléter par le MD)

NPO strict     NPO sauf médicaments

Alimentation per os : \_\_\_\_\_

Initiation d'un support nutritionnel entéral : \_\_\_\_\_

## PRÉVENTION CONSTIPATION → Nouveau

Débuter PEG 3350 (Lax-a-Day<sup>MD</sup>) 17 g PO DIE

Si pas de selles pendant 3 jours débuter PEG 3350 (Lax-a-Day<sup>MD</sup>) 17 g PO DIE et aviser MD

## RÉPLÉTION ÉLECTROLYTIQUE

- Contre-indications :
  - ✓ Créatinine > 200 umol/L OU  Aviser MD avant chaque réplétion d'électrolytes
  - ✓ Usager sous thérapie de remplacement rénal (TRR)
- Administration et suivis :
  - ✓ Se référer au manuel d'administration IV de HMR ou de HSCO pour les dilutions et vitesses d'administration
  - ✓ Administrer selon l'ordre d'apparition sur cette OIP sauf si spécifications contraires exposées ci-dessous
  - ✓ Documenter la prise d'électrolytes sur la FADM en vigueur

### MAGNÉSIUM

- Magnésémie de 0.5 à 0.75 mmol/L
  - ✓ Sulfate de magnésium 2 g IV x 1
- Magnésémie < 0.5 mmol/L
  - ✓ Sulfate de magnésium 5 g IV x 1

### PHOSPHORE

- **IMPORTANT :** Choix du sel de phosphore injectable est en fonction de la kaliémie :
  - ✓ Si kaliémie > 4.4 mmol/L : NaHPO<sub>4</sub>  
 Aucune utilisation de NaHPO<sub>4</sub> permise, répléter avec KH<sub>2</sub>PO<sub>4</sub>/K<sub>2</sub>HPO<sub>4</sub>
  - ✓ Si kaliémie ≤ 4.4 mmol/L : KH<sub>2</sub>PO<sub>4</sub>/K<sub>2</sub>HPO<sub>4</sub>
- Phosphatémie de 0.5 à 0.7 mmol/L
  - ✓ 15 mmol IV sel de phosphore
- Phosphatémie < 0.5 mmol/L :
  - ✓ 15 mmol IV x 2 sel de phosphore
  - ✓ Effectuer une phosphatémie de contrôle 4 h post fin de la réplétion.
  - ✓ Aviser le MD si toujours < 0.5 mmol/L

### POTASSIUM

- **IMPORTANT :** Toujours privilégier la voie PO
- Kaliémie de 3 à 3.5 mmol/L
  - ✓ KCl 40 mmol VL/PO q 2 h x 2
  - ✓ Si voie PO indisponible donner KCl 20 mmol IV x 2
- Kaliémie < 3 mmol/L
  - ✓ KCl 40 mmol VL/PO q 2 h x 3
  - ✓ Si voie PO indisponible donner KCl 20 mmol IV x 4
  - ✓ Spécification : pour ce niveau de kaliémie: le KCl peut être débuté en même temps que le magnésium IV
  - ✓ Effectuer une kaliémie de contrôle 4 h post fin de la réplétion..
  - ✓ Aviser le MD si toujours < 3 mmol/L

# Réplétion électrolytiques

Même si la Créatinine est < 200 umol/L, un patient dialysé ne doit PAS recevoir de suppléments électrolytiques SAUF si prescrit par néphrologue

Important pour une absorption adéquate de l'électrolyte  
Spécification pour K<sup>+</sup> < 3 mmol/L

Aviser le médecin seulement si la réplétion est inefficace selon le contrôle de laboratoire

- PO<sub>4</sub> < 0.5 mmol/L
- K<sup>+</sup> < 3 mmol/L







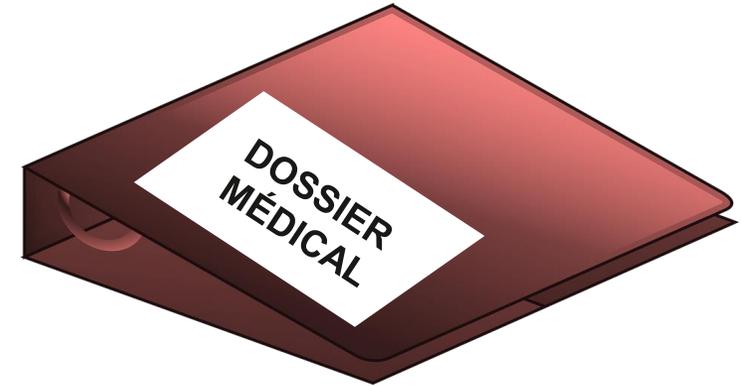
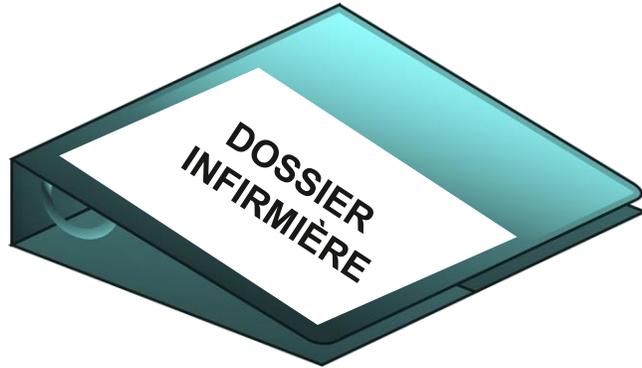


# Dossiers

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal*

Québec 

# Dossiers aux soins intensifs



## Outils nécessaires pour le travail de l'infirmière:

- Plan de soins
- Notes infirmières **du jour**
- FADM **du jour**
- FADM STAT **du jour**
- Feuille de bandes de rythmes **en cours**
- Protocoles **en cours** (originaux)
- Suivi des protocoles (Ex: glycémie pour insuline IV)
- Feuilles de soins de plaies
- Prescription contentions
- PTI
- ...

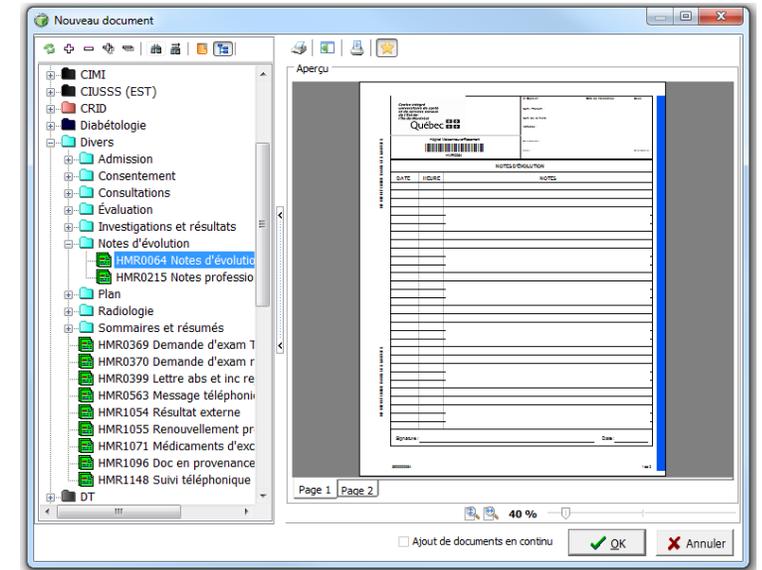
## Séparateurs standards d'un dossier médical:

En bref...

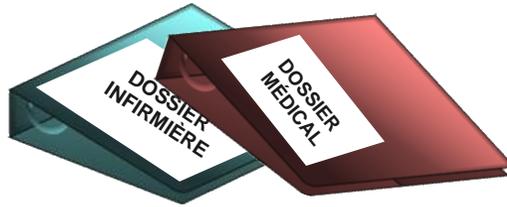
- Niveau de soins
- Notes médicales
- Consultations médicales
- Ordonnances
- FADM (autres jours)
- Notes infirmières (autres jours)
- Protocoles cessés
- Bordereaux de transfusion sanguine
- ECG
- Feuilles de bande de rythme, de suivi des glycémies, etc. **complétées**
- ...

# Impression des formulaires

- Sera fait par agente administrative de jour et de soir.
- Les formulaires à imprimer à l'admission:
  - Feuille sommaire clinique
  - Niveaux de soins
  - Notes d'évolution (3)
  - Ordonnances (3)
  - Bandes de rythme
  - Notes infirmières
  - FADM STAT
  - FADM vierge (2)
- Voir aide-mémoire pour la démarche d'impression



# Les rôles infirmiers et infirmiers auxiliaires lors d'une admission



## « Dossier »

- Insère les feuilles dans le dossier (si agent administratif absent)
- Procède **SEULE** à la 1<sup>ère</sup> vérification du dossier:
- Relève les prescriptions
  - Fait prescrire le bilan comparatif des médicaments au transfert et l'OIP d'admission
  - Révise la FADM
  - Assure le suivi de toutes les ordonnances à l'infirmière au patient



## « patient »

- Installe le patient (*voir diapos « arrivée du patient »*)
- Une fois le patient installé, procède **SEULE** à la 2<sup>e</sup> vérification:
- Des prescriptions
  - De la révision de la FADM



## Guide d'accueil à l'unité des soins intensifs

Québec 

- Remettre le Guide d'accueil à l'unité des soins intensifs
- Expliquer les Heures de visite
- Prendre en note les numéros de la personne à rejoindre en cas d'urgence
- Prendre son courriel pour les vistes virtuelles

# Famille

### Heures de visite :

- Tous les jours de 8 h à 20 h ;
- Une personne à la fois **dans la chambre** ;
- Les enfants de moins de 12 ans ne sont pas admis aux soins intensifs ;
- Pour toute exception concernant les visites, veuillez-vous adresser à l'assistante infirmière chef.

Date admission USI :	
Allergie(s):	
Diagnostic admission USI :	
Antécédent(s) :	
Isolément(s) :	
Niveau de soins, objectif : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	Prescrit par :
<input type="checkbox"/> pas de RCR <input type="checkbox"/> pas d'intubation <input type="checkbox"/> pas de défibrillation	date:
Personnes à rejoindre en cas d'urgence :	
Courriel :	

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

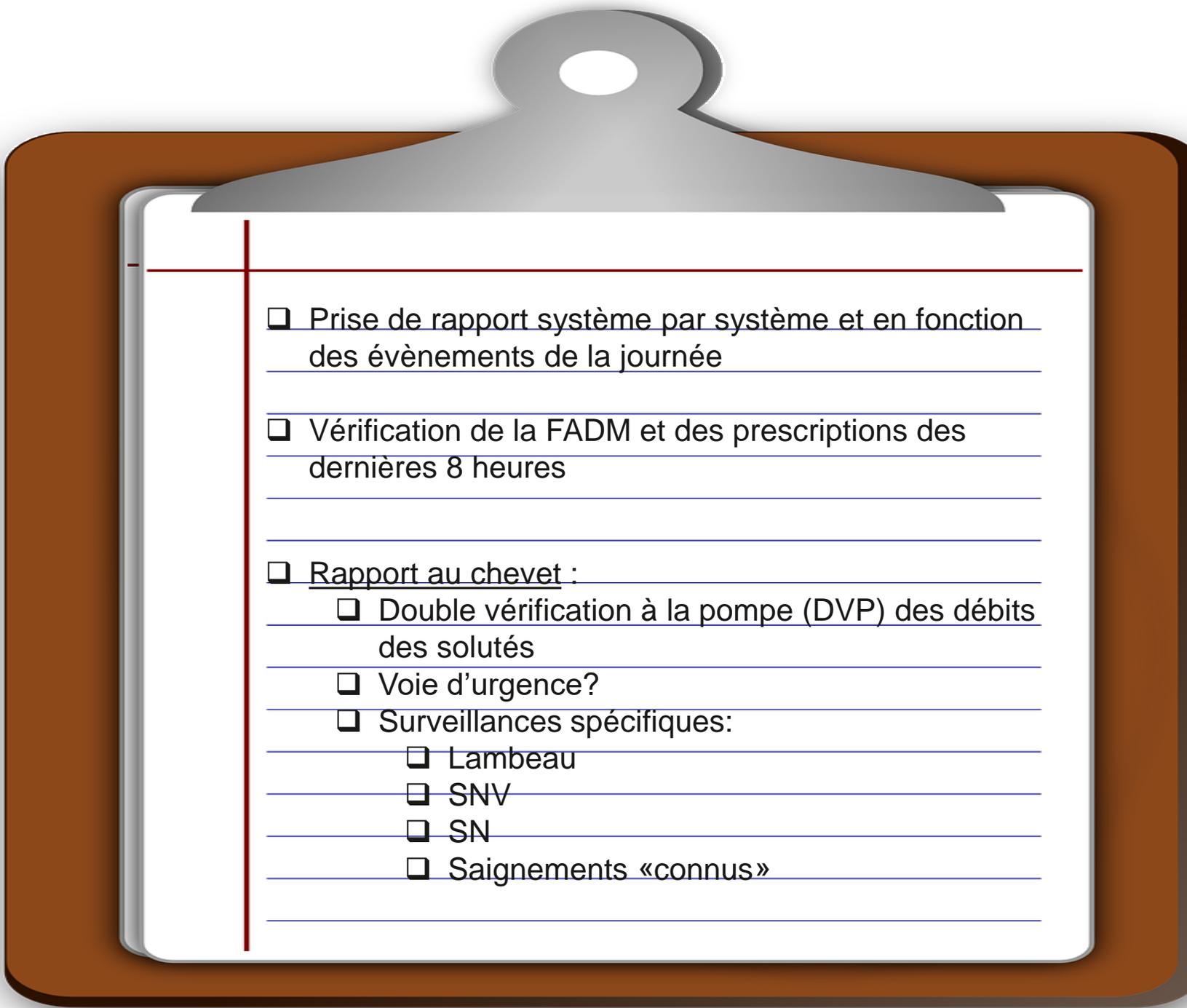
Québec 



# Rapports inter-quarts

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

- 
- 
- Prise de rapport système par système et en fonction des évènements de la journée
  - Vérification de la FADM et des prescriptions des dernières 8 heures
  - Rapport au chevet :
    - Double vérification à la pompe (DVP) des débits des solutés
    - Voie d'urgence?
    - Surveillances spécifiques:
      - Lambeau
      - SNV
      - SN
      - Saignements «connus»

F3510-0502

JOUR

_____	:	_____
-------	---	-------

Niveau de soins: \_\_\_\_\_

All: \_\_\_\_\_

 Congé, ch: \_\_\_\_\_

__ 8 __ h	__ 12 __ h
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Première tournée complète, évaluation tête au pied.</li> <li>• Calibration canule artérielle (zéro, niveau PNI)</li> <li>• Vérification débits des solutés, dates des tubulures, voies de perfusion (retour veineux), qté restant dans les poches</li> <li>• Résidu gastrique si gavage, irrigation levine si pas de gavage</li> <li>• 8h30 : dosage urine</li> <li>• Soins de bouche si intubé (Toothette)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidu gastrique si gavage, irrigation levine si pas de gavage</li> <li>• Soins de bouche si intubé (Brosse à dents)</li> <li>• 12h30 : dosage urine</li> <li>• Installation du patient</li> </ul>
__ 9 __ h	__ 13 __ h
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9h30 : dosage urine</li> <li>• Installation du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13h30 : dosage urine</li> </ul>
__ 10 __ h	__ 14 __ h
<ul style="list-style-type: none"> <li>• irrigation levine si pas de gavage</li> <li>• 10h30 : dosage urine</li> <li>• Δ pansements de plaies, évaluation de la plaie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14h30 : dosage urine</li> <li>• irrigation levine si pas de gavage</li> <li>• Irrigation des salins lock,</li> <li>• Irrigation CVC</li> <li>• Installation du patient</li> </ul>
__ 11 __ h	__ 15 __ h
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11h30 : dosage urine</li> <li>• Gluco si insuline s/c</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15h30 : dosage urine</li> <li>• Autres dosages au besoin. Compléter la feuille de dosage q8h et calculer le bilan cumulatif du 8h</li> </ul>

**Particularités:** Labos : vérifier les résultats de nuit si non sortis durant la nuit Pansements : Évaluation de la plaie, les pansements de plaies sont refaits de jour si possible selon le plan de traitement établi (Feuille à compléter) Gluco : gluco ajustement insuline Selon le protocole IV ou 11h pour les s/c Examen : sortie avec inf des SI, Auxiliaire si pas d'accompagnement infirmier et moniteur nécessaire et prescription médicale l'autorisant au dossier et si pas iv avec additifs ou canule artérielle Consult : les prescriptions des spécialités autres que les SI doivent être contre-signées par les soins intensifs. PRN

Infirmières

Infirmières et Infirmières auxiliaires

**Première évaluation de la tête au pied**

Examen physique et collecte de données subséquente, utiliser les échelles d'évaluation, RASS, EVA, Délirium, échelle neurologique canadienne

Signes neuro

Signes vitaux

**Donner la Médication IV,**

Préparer la médication IV et les soluté avec additifs avec une DVI

Donner la Médication PO/SC/ VL régulière et prn après validation avec l'infirmière

Installation soluté sans additif ou salin lock, Bolus soluté sans additif

Labos via CA ou CVC

Labos périphériques

Relever les ordonnances,

Prendre les Ordres Téléphoniques et verbaux

Vérification des produits sanguins et montage sur tubulures, Monter le réchauffe fluide

Mobiliser le patient au lit et au fauteuil, Sauf pour le premier lever

Quelques exemples (Pour la liste complète, consulter le tableau champ d'exercice et activités autorisées des infirmières auxiliaires USI CEMTL)



Montage de la tubulure a pression CA, PVC, PIA

Drain: montage, surveillance, pansement

Soins de trachéo selon directives infirmières

Installer l'autopulse et les électrodes de défibrillation

Installation de sonde urinaire, levine (intubé ou non )

Soins de stomie : réfection de l'appareillage, dosage

Dignishield Installation et dosage

Faire les pansements, pansements VAC, plaie, drains, CVC, jelco, canule.

Mesurer et installer les bas



DVE, Drain lombaire

SWAN GANZ, SWAN Pace,

Décider d'installer une contention

BIA, IMPELLA, CVVH

Évaluation de la plaie et établir le plan de traitement

Calibrer les capteurs de pressions

Vérifier les débits à la pompe

SAPO

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec





# Congé à l'étage

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 



Appeler pour s'assurer que la chambre est prête.

Donner son rapport téléphonique en remplissant la feuille de données aux points de transition. 

Transférer cartes d'hôpital et médicaments

<b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal</b> <b>Québec</b>		Installation :	N° Dossier :	Date de naissance :	Sexe :	
 EST10037		Nom, Prénom :	Nom de la mère :			Adresse :
		Téléphone :		NAM :		
<b>TRANSFERT INTRA-INSTALLATION (Inter-services)</b>						
<b>Données à transmettre lors d'un transfert entre deux unités de soins</b>						
<input type="checkbox"/>	Identification de l'usager (nom complet)	<input type="checkbox"/>	Résultats de laboratoire/examens pertinents			
<input type="checkbox"/>	Niveau de soins (réanimation)	<input type="checkbox"/>	Interventions / examens à venir			
<input type="checkbox"/>	Dx / Problèmes de santé	<input type="checkbox"/>	Techniques de soins particulières			
<input type="checkbox"/>	Antécédents médicaux	<input type="checkbox"/>	Plan thérapeutique infirmier/interdisciplinaire			
<input type="checkbox"/>	Allergies <input type="checkbox"/> Bracelet en place	<input type="checkbox"/>	Plan de surveillance et traitement (surveillance accrue et mesures de contrôle)			
<input type="checkbox"/>	Indications concernant la médication et prescription (incluant les solutés en cours)	<input type="checkbox"/>	Recommandations cliniques			
<input type="checkbox"/>	Risques (ex. : Chute, suicidaire, homicide)	<input type="checkbox"/>	Nom/coordonnées du répondant de l'usager, répondant légal			
<input type="checkbox"/>	PCI (isolement : aérien, contact)	<input type="checkbox"/>	Niveau d'autonomie / mobilité			
<input type="checkbox"/>	Intégrité de la peau	<input type="checkbox"/>	Autre particularité : _____			
Nom, prénom, titre de la personne qui reçoit l'information : _____						
Nom, prénom, titre de la personne qui transmet l'information : _____						
Du service (unité/étage) : _____			Au service (unité/étage) : _____			
Mode de transmission : <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Informatique <input type="checkbox"/> Autre : _____						
Signature : 						
<b>Données à transmettre lors d'un transfert pour un examen</b>						
<input type="checkbox"/>	Identification de l'usager (nom complet)	<input type="checkbox"/>	Risques (ex. : Chute, suicidaire, homicide)			
<input type="checkbox"/>	Niveau de soins (réanimation)	<input type="checkbox"/>	PCI (isolement : aérien, contact)			
<input type="checkbox"/>	Dx / Problèmes de santé	<input type="checkbox"/>	Allergies <input type="checkbox"/> Bracelet en place			
<input type="checkbox"/>	Autre particularité : _____					
Nom, prénom, titre de la personne qui reçoit l'information : _____						
Nom, prénom, titre de la personne qui transmet l'information : _____						
Du service (unité/étage) : _____			Au service (unité/étage) : _____			
Mode de transmission : <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Informatique <input type="checkbox"/> Autre : _____						
Signature : 						

# Congé à l'étage

**Monter avec le patient si:**

- Déplacement de poches de narcotiques libres
- Drain lombaire en place

**Si le patient peut s'asseoir sur un fauteuil roulant:** il monte avec un PAB des SI

**Si le patient doit rester au lit:** l'étage descend 1 lit et du personnel



# Congé à la maison

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

# Congé à la maison

Lorsque le médecin **TRAITANT** et tous les **consultants** ont donné congé seulement

cf. au formulaire congé à domicile.  Remplir et consigner au dossier de l'usager

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal <b>Québec</b> <b>PROJET</b> Hôpital Maisonneuve-Rosemont		
<b>CONGÉ À DOMICILE</b>		
<b>Date et heure :</b>		<b>Signature :</b>
<b>Données à transmettre</b>		
<input type="checkbox"/> Médication	<input type="checkbox"/> Bilan comparatif des médicaments OU <input type="checkbox"/> Ordonnances externes de départ <input type="checkbox"/> Avisé d'aller chercher la médication le jour du congé. <input type="checkbox"/> Médication fournie pour 24h (si applicable)	
<input type="checkbox"/> Laboratoires	<input type="checkbox"/> Requête remise, remplie et signée par le médecin <input type="checkbox"/> À faire 1 mois avant le rendez-vous de suivi OU date :	
<input type="checkbox"/> Rendez-vous pour angine/infarctus	<input type="checkbox"/> Inscription au cours «Nouveau départ pour mon cœur» <input type="checkbox"/> Rendez-vous avec le cardiologue (prescription faxée au secrétariat de cardiologie) <input type="checkbox"/> Billets de rendez-vous remis	
<input type="checkbox"/> Rendez-vous pour clinique d'insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Feuille d'inscription à la clinique d'insuffisance cardiaque remplie par le cardiologue <input type="checkbox"/> Feuille d'inscription faxée à la clinique <input type="checkbox"/> Dossier gardé sur le département	
<input type="checkbox"/> Rendez-vous pour stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/> Feuille inter-établissement pour les soins de plaie de pace remplie	
<input type="checkbox"/> Rendez-vous pour examens (ETO, MIBI, ETT, Holter, ...)	<input type="checkbox"/> _____ (écrire le(s) examen(s)) <input type="checkbox"/> Billet de rendez-vous remis	
<input type="checkbox"/> Soins à domicile - Suivi de plaie de stimulateur cardiaque - Si prescription de thromboprophylaxie injectable	<input type="checkbox"/> Infirmière de liaison avisée <input type="checkbox"/> Dossier gardé sur le département	
<input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Dépliant Warfarine et acénocoumarol remis	<input type="checkbox"/> OIP CEMTL-00002 + document de liaison faxé à la pharmacie communautaire <input type="checkbox"/> OIP CEMTL-00002 remise au patient	<input type="checkbox"/> <b>Accepte suivi pharmacie communautaire</b> <input type="checkbox"/> <b>Refuse suivi pharmacie / a un médecin de famille</b> <input type="checkbox"/> <b>Refuse suivi pharmacie / n'a pas de médecin famille</b>
<input type="checkbox"/> Transfusion (si reçue durant l'hospitalisation)	<input type="checkbox"/> OIP CEMTL-00002 faxé à la pharmacie communautaire <input type="checkbox"/> Procédure d'inscription au guichet d'accès GMF expliquée <input type="checkbox"/> Usager inscrit sur liste d'attente du médecin prescripteur	
<input type="checkbox"/> Enseignement	<input type="checkbox"/> Formulaire «Notification de la transfusion de produits sanguins à remettre à l'usager» remis <input type="checkbox"/> Livre «Bien vivre avec une maladie du cœur, Une guide destiné aux personnes atteintes de coronaropathie» remis <input type="checkbox"/> Prise de médication <input type="checkbox"/> Cessation tabagique (CLSC ou pharmacie) <input type="checkbox"/> Reprise des activités <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Quoi faire en cas d'urgence (symptômes à reconnaître, où appeler/se présenter)	
<input type="checkbox"/> Cartes remises (assurance-maladie et hôpital)	<input type="checkbox"/> Assurance-maladie <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Angioseal <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Appareillage retiré		
<input type="checkbox"/> Effets personnels remis		
1 de 1		



**CIUSSS**  
**de l'Est-de-l'Île-de-Montréal**

**[www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca)**

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal*

Québec 