



NOTES INFIRMIÈRES SOINS INTENSIFS ET UNITÉ CORONARIENNE

Date : _____		Poids du jour : _____ kg		Poids à l'admission : _____ kg		
Gest		Soins d'hygiène			Prévention des infections	
Contentions <i>(*formulaire en vigueur)</i>		S	N	J	S	Isolement :
Cloche d'appel à la portée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cessé à ___ h ___
Localisation des bracelets		Intégrité de la peau			Notes complémentaires - téguments	
Identité		Plaie de pression <i>(*formulaire en vigueur)</i>			Feuille de suivi des plaies	
Allergie		Plaie chirurgicale fermée c.f note				
Risque de chute R / J / V		Plaie chirurgicale ouverte <i>(*formulaire en vigueur)</i>				
Bracelet mauve en place		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nbr de ridelles levées (X/4)						
Lit au plus bas niveau (O/N*)						
Alarmes ajustées au moniteur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tête de lit (°)						
Mobilisation						
Échelle de Braden (1 fois par jour)		Niveau de risque : <input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> Faible (15-18) <input type="radio"/> Modéré (13-14) <input type="radio"/> Élevé(10-12) <input type="radio"/> Très élevé (<9)				
Perception sensoriel : ___/4		Humidité : ___/4		Activité : ___/4		Mobilité : ___/4
						Nutrition : ___/4
						Friction : ___/4
						Total : ___/23 init
		Nuit		Jour		Soir
Degré d'autonomie / Aide technique						
Heure						
Positionnement						
DD : Décubitus dorsal DLG/DLD : Décubitus latéral gauche/droit CC : Chaise cardiaque F : Fauteuil V : Ventral						
Nuit – Signature		Init.	Jour - Signature			Init.

Nom du patient : _____ N° dossier : _____

ÉVALUATION ET SURVEILLANCE DES SITES DE PERFUSION

	Nuit	Jour	Soir
--	-------------	-------------	-------------

Vérification des sites	Nuit	Jour	Soir
Heure			
Type de cathéter			
Calibre			
Date d'installation			
Emplacement			
Condition du site			
Intervention			

si plusieurs périphériques, inscrire P1, P2, P3, ...

Initiales	Emplacement	Condition du site	Intervention
Type de cathéter P Périphérique (court) C Voie centrale percutanée A Canule Artérielle D Cathéter de dialyse T Cathéter tunnelisé PL PICC-Line I Introduceur CI chambre implantable	BG Bras gauche BD Bras droit ABG Avant-bras gauche ABD Avant-bras droit SCG Sous-clavière gauche SCD Sous-clavière droite JG Jugulaire gauche JD Jugulaire droite MG Main gauche MD Main droite RG Radial gauche RD Radial droit FG Fémorale gauche FD Fémorale droite PG Pied gauche PD Pied droit	0 Intact 1 Rougeur 2 Suintements 3 Induration 4 Bloqué 5 Infiltré 6 Arraché 7 Péricimé	C Continuer D Débuter A Arrêt P Pansement

Canule artérielle calibrée <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S PVC calibrée <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S	Irrigation : NS 500 mL sous pression 300 mmHg <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> PVC	
--	---	--

heure	voie	heure	voie	heure	voie	Perfusion (nom du médicament et concentration)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Inscrire dans quelle voie la perfusion coule en début de nuit. Si la perfusion est changée de site, inscrire l'heure et le nouveau site selon les noms ci-hauts

Inscrire les perfusions avec les concentrations.
Ex: Fentanyl 3000 mcg/300mL

Nom du patient :

N° dossier :

NUIT	DOSAGES INGESTAS									NUIT	DOSAGES EXCRÉTAS										
	Solutés	0h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h		total		0h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	total
											Urine										
											Aspect										
											Liquide gastrique										
											Aspect										
											Drain										
											Selles										
											Aspect	<input type="checkbox"/> incontinence									
											<input type="checkbox"/> Sonde urinaire # _____					<input type="checkbox"/> Fixée <input type="checkbox"/> Irrigation					
Médicaments											Date d'installation : _____					<input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Cessée h _____					
Bolus											Écho vésical					Heure : _____ quantité : _____ mL					
Liquide PO / V/L											<input type="checkbox"/> Sonde gastrique					Type : _____					
N. entérale											Date d'installation : _____					<input type="checkbox"/> Position vérifiée <input type="checkbox"/> Drainage					
Irrigation/H ₂ O libre																<input type="checkbox"/> Succion _____ <input type="checkbox"/> Cessée h _____					
Ingestas total											Excrétas total										
Bilan liquidien 8h																					

Pas besoin d'inscrire les solutés avec tous les détails.
Ex: Insuline suffit

Inscrire le débit à chaque heure

Les antibiotiques, bolus, électrolytes doivent être inscrits

Nom du patient : _____ N° dossier : _____

JOUR	DOSAGES INGESTAS									JOUR	DOSAGES EXCRÉTAS									
Solutés	8h	9h	10h	11h	12h	12h	14h	15h	total		8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	total	
										Urine										
										Aspect										
										Liquide gastrique										
										Aspect										
										Drain										
										Selles										
										Aspect										
										<input type="checkbox"/> Sonde urinaire # _____					<input type="checkbox"/> Fixée <input type="checkbox"/> Irrigation					
Médicaments										Date d'installation : _____					<input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Cessée h _____					
Bolus										Écho vésical					Heure : _____ quantité : _____ mL					
Liquide PO / V/L										<input type="checkbox"/> Sonde gastrique					Type : _____					
N. entérale										Date d'installation : _____					<input type="checkbox"/> Position vérifiée <input type="checkbox"/> Drainage					
Irrigation/H ₂ O libre															<input type="checkbox"/> Succion _____ <input type="checkbox"/> Cessée h _____					
Ingestas total										Excrétas total										
Bilan liquidien 8h																				

Nom du patient :

N° dossier :

SOIR	DOSAGES INGESTAS									SOIR	DOSAGES EXCRÉTAS									
Solutés	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	total		16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	total	
										Urine										
										Aspect										
										Liquide gastrique										
										Aspect										
										Drain										
										Selles										
										Aspect										
										<input type="checkbox"/> Sonde urinaire # _____					<input type="checkbox"/> Fixée <input type="checkbox"/> Irrigation					
Médicaments										Date d'installation : _____					<input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Cessée h _____					
Bolus										Écho vésical					Heure : _____ quantité : _____ mL					
Liquide PO / V/L										<input type="checkbox"/> Sonde gastrique					Type : _____					
N. entérale										Date d'installation : _____					<input type="checkbox"/> Position vérifiée <input type="checkbox"/> Drainage					
Irrigation/H ₂ O libre															<input type="checkbox"/> Succion _____ <input type="checkbox"/> Cessée h _____					
Ingestas total										Excrétas total										
Bilan liquidien 8h																				
Bilan liquidien des 24h										Bilan liquidien depuis l'admission										

Nom du patient :

N° dossier :

ÉVALUATION NEUROLOGIQUE

Si AVC aigu, évaluation selon échelle neurologique canadienne jusqu'au congé

		Nuit					Jour					Soir				
Heure																
Glasgow	Ouvert. des yeux															
	Réponse verbale															
	Réponse motrice															
	Total /15															
RASS																
Pupilles	Taille/ réaction															
	D															
Force motrice (F/E)	Bras droit															
	Bras gauche															
	Jambe droite															
	Jambe gauche															
Initiales																
État mental	Évaluation initiale h _____ : <input type="radio"/> Alerte <input type="radio"/> Calme <input type="radio"/> Orienté X3 sphères <input type="radio"/> Euthymique <input type="radio"/> Expression adéquate <input type="radio"/> Coopératif <input type="radio"/> Compréhension adéquate	Inscrire l'heure de la première évaluation					Évaluation initiale h _____ : <input type="radio"/> Calme <input type="radio"/> Orienté X3 sphères <input type="radio"/> Euthymique <input type="radio"/> Expression adéquate <input type="radio"/> Coopératif <input type="radio"/> Compréhension adéquate									
Mouvements corporels	<input type="checkbox"/> À la demande <input type="checkbox"/> Spontanément						<input type="checkbox"/> À la demande <input type="checkbox"/> Spontanément						<input type="checkbox"/> À la demande <input type="checkbox"/> Spontanément			
Évaluation initiale neurologique	Ces notes constituent seulement la première évaluation et inscrire les observation anormales, si normal, cocher. Si quelque chose arrive durant le quart de travail, l'inscrire à la fin de la note dans les notes complémentaires															

Nom du patient : _____ N° dossier : _____

ÉVALUATION NEUROLOGIE (SUITE)

ÉVALUATION DU DÉLIRIUM (ÉCHELLE ICDSC)

Heure																
Altération du niveau de conscience	Donner 1 point si vous observez le critère. Le patient est en délirium si 4 points ou plus.	Notes complémentaires - délirium	Nuit													
Désorganisation de la pensée																
Attention altérée																
Inversion du cycle sommeil/éveil																
Agitation ou ralentissement																
Discours ou humeur inappropriés			Jour													
Hallucination ou illusion																
Fluctuation des symptômes																
Total																
Initiales			Soir													
Mesures préventives appliquées* O/N																

SSR
(*formulaire en vigueur)

ÉVALUATION RESPIRATOIRE

	Nuit	Jour	Soir
	Évaluation initiale : ____ h	Évaluation initiale : ____ h	Évaluation initiale : ____ h
	<input type="checkbox"/> Intubé Position du tube ____ cm <input type="radio"/> Trachéo (cf. annexe Stomies)	<input type="checkbox"/> Intubé Position du tube ____ cm <input type="radio"/> Trachéo (cf. annexe Stomies)	<input type="radio"/> Intubé Position du tube ____ cm <input type="radio"/> Trachéo (cf. annexe Stomies)
Auscultation pulmonaire	Murmures vésiculaires G <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Aug. <input type="radio"/> Dim D <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Aug. <input type="radio"/> Dim Bruit(s) surajouté(s)* <input type="checkbox"/>	Murmures vésiculaires G <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Aug. <input type="radio"/> Dim D <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Aug. <input type="radio"/> Dim Bruit(s) surajouté(s)* <input type="checkbox"/>	Murmures vésiculaires G <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Aug. <input type="radio"/> Dim D <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Aug. <input type="radio"/> Dim Bruit(s) surajouté(s)* <input type="checkbox"/>
Évaluation initiale respiratoire	Se référer à la note dans l'évaluation neurologique		

Nom du patient :

N° dossier :

ÉVALUATION RESPIRATOIRE (SUITE)

		Nuit								Jour								Soir							
Sécrétions	Heure																								
	Aspiration (init.)																								
	Instillation (init.)																								
	Aspect																								
	Toux																								
Bouche	Heure																								
	Soins Éponge / Brosse à dents																								
	État de la muqueuse / particularités																								

Inscrire les heures
des aspirations/
instillations/soins
de bouche

ÉVALUATION CARDIOVASCULAIRE

	Évaluation initiale : ____h	Évaluation initiale : ____h	Évaluation in
Auscultation cardiaque	<input type="checkbox"/> B1B2N <input type="radio"/> Régulier <input type="radio"/> Irrégulier	<input type="checkbox"/> B1B2N <input type="radio"/> Régulier <input type="radio"/> Irrégulier	<input type="checkbox"/> B1B2N <input type="radio"/> Régulier
Autre	<input type="checkbox"/> Cathéter de l'artère pulmonaire <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque (cf. Annexe hémodynamie)		
Rythme cardiaque			
Thromboprophylaxie Mesure : _____	<input type="checkbox"/> Bas anti emboliques <input type="checkbox"/> Jambières à compression intermittente	<input type="checkbox"/> Bas anti emboliques <input type="checkbox"/> Jambières à compression intermittente	<input type="checkbox"/> Bas anti emboliques <input type="checkbox"/> Jambières à compression intermittente
Évaluation initiale cardiovasculaire			

Les données du Swan Ganz
devront être notées aussi sur
l'annexe Hémodynamie

Nom du patient :	N° dossier :
------------------	--------------

ÉVALUATION CARDIOVASCULAIRE (SUITE)

SIGNES NEUROVASCULAIRES Coloration : Normale/ Marbrée/ Cyanosé/ Pâle/ Rouge T° : Tède/ Froid/ Chaud Œdème à godet : +1 à +4
 Remp. Cap : N = <2 sec. A = >2 sec Pouls : 1+, 2+, 3+, D Site du pouls : Radial/ Brachial/ Pédieux/ Tibial/ Poplité/ Fémoral

	Nuit						Jour						Soir					
Heure																		

Membre Supérieur Gauche / Membre Supérieur Droit

Coloration	/																							
T°	/																							
Œdème	/																							
Remp. Capillaire	/																							
Pouls	/																							
Site	/																							
Initiales																								
Heure																								

Membre Inférieur Gauche / Membre Inférieur Droit

Coloration	/																							
T°	/																							
Œdème	/																							
Remp. Capillaire	/																							
Pouls	/																							
Site	/																							
Initiales																								

Nom du patient :

N° dossier :

ÉVALUATION GASTROINTESTINALE

		Nuit	Jour	Soir
		Évaluation initiale : ____ h	Évaluation initiale : ____ h	Évaluation initiale : ____ h
Abdomen	Inspection			
	Auscultation	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Augmentés <input type="radio"/> Diminués <input type="radio"/> Absents*	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Augmentés <input type="radio"/> Diminués <input type="radio"/> Absents*	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Augmentés <input type="radio"/> Diminués <input type="radio"/> Absents*
	Palpation			
Nutrition	Nut. Entérale / Diète	LL_____	LL_____	LL_____
	Texture			
	% repas		Déjeuner : ____% Dîner ____%	Souper : ____% <input type="checkbox"/> Collation
	Degré autonomie	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Supervision <input type="radio"/> Aide complète	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Supervision <input type="radio"/> Aide complète	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Supervision <input type="radio"/> Aide complète
Selles	Système de gestion des selles	Irrigation h : _____ Quantité H ₂ O pour irrigation : _____ mL	Irrigation h : _____ Quantité H ₂ O pour irrigation : _____ mL	Irrigation h : _____ Quantité H ₂ O pour irrigation : _____ mL
	Installé : _____	<input type="checkbox"/> Stomie (cf. Annexe stomies)		
Évaluation initiale gastrointestinale				

EXAMENS

Accompagnement : Infirmière / PAB / Inhalo / Médecin

Transport : Chevet / Lit / Fauteuil Roulant / Pied

Départ heure	Examen	Accompagnement	Transport	Toléré Oui/Non*	Retour heure	Initiales

Date

Nom du patient :	N° dossier :
------------------	--------------

PRÉLÈVEMENTS
Coller les étiquettes de laboratoire dans les cases prévues à cet effet

	Prélèvements	Vus	Heure	Init.		Prélèvements	Vus	Heure	Init.
Heure					Heure				
Site					Site				
Init.					Init.				
Heure					Heure				
Site					Site				
Init.					Init.				
Heure					Heure				
Site					Site				
Init.					Init.				
Heure					Heure				
Site					Site				
Init.					Init.				
Heure					Autres prélèvements				
Site					Heure	Type de prélèvement	Site/nature	Initiales	
Init.									
Heure									
Site									
Init.									

Coller l'étiquette de prélèvement SoftLab sur cette page.

Nom du patient :

N° dossier :

NOTES COMPLÉMENTAIRES

NUIT

JOUR

SOIR

Notes complémentaires. Tout ce qui s'est passé durant le quart de travail après l'évaluation initiale.
Donc si le patient n'était pas intubé au début du quart, on ne vas pas l'inscrire dans la partie évaluation respiratoire, mais bien ICI.

