

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec 

Guide de complétion du formulaire *Notes évolution soins infirmiers*

Comité de documentation
Direction des soins infirmiers

Octobre 2015
Révisé mars 2019

1. PRÉSENTATION DU FORMULAIRE

Ce formulaire, présenté sous la forme d'un cahier, comprenant quatre pages, doit être utilisé pour documenter les observations, les interventions et les évaluations réalisées auprès de l'utilisateur par le personnel en soins infirmiers, soit les infirmières et infirmières auxiliaires ainsi que les candidates à la profession infirmière [CEPI], les externes et les stagiaires en soins infirmiers. Ce formulaire permet le suivi infirmier de l'utilisateur sur une période de 24 heures, pour les trois quarts de travail.

Toutes particularités de soins et communications écrites aux médecins ou aux autres professionnels au sujet de l'utilisateur permettant le suivi clinique de celui-ci doivent être documentées via le formulaire « Notes évolution » (#61-030-351).

Les ordonnances verbales ou téléphoniques doivent être rédigées sur les formulaires « Médicaments » (#62-510-251) et « Demande d'examen et de traitements » (#68-000-370), prévus à cet effet.

Ce guide est un outil d'aide à l'utilisation du formulaire.

2. GÉNÉRALITÉS DU FORMULAIRE ET DESCRIPTION DE LA LÉGENDE GÉNÉRALE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec

NOTES ÉVOLUTION - SOINS INFIRMIERS

LÉGENDE GÉNÉRALE

Initiales = vérifié/faît Initiales avec * = voir note complémentaire
Libellé avec * = note complémentaire obligatoire Case libre = Non applicable



Date : 22 février 2019

1. Fonction cardiorespiratoire	Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
	Respiration sans particularité			DC	BL	Trachéo : _____		
Particularités / difficultés respiratoires * (Pédiatrie VFS <input type="checkbox"/>)	FC*				_____			
Exercices respiratoires : _____					Soins de trachéo (nb de fois) N_____ J_____ S_____			
Aspiration des sécrétions (nb fois)* N_____ J_____ S_____					Signes neurovasculaires : _____			
C-PAP <input type="checkbox"/> BI-PAP <input type="checkbox"/>					Télémetrie # _____			
Toilette nasale - Pédiatrie VFS					Bas antiembolique <input type="checkbox"/> Compression inter. <input type="checkbox"/>			

- Toujours compléter la partie **identification de l'utilisateur** avec l'adressographe pour chaque page.
- Définition de la **légende générale** :
 - Les **initiales du personnel en soins infirmiers** doivent être apposées dans la case correspondant à la colonne du quart de travail approprié lorsque le libellé est applicable à l'utilisateur, c'est-à-dire que l'observation ou l'intervention a été réalisée;
 - Lorsqu'une note complémentaire est rédigée par le personnel en soins infirmiers, un astérisque (*) doit être apposé à côté de ses initiales dans la colonne du quart de travail approprié;
 - Les **libellés suivis d'un astérisque (*)** doivent obligatoirement faire l'objet d'une note complémentaire via le formulaire « Notes évolution ».
 - Une **case laissée libre**, indépendamment du quart de travail, signifie que le libellé n'est pas applicable à l'utilisateur.
- Tout membre du personnel en soins infirmiers qui réalise une observation ou une intervention auprès de l'utilisateur a la responsabilité d'apposer ses initiales vis-à-vis les libellés appropriés du formulaire « Notes évolution soins infirmiers » et d'apposer ses initiales, nom et prénom en lettres moulées et titre d'emploi à la fin du formulaire, dans la section prévue à cette fin.
- Compléter l'en-tête du formulaire en indiquant la **date du jour sur chaque page**.

- Des **libellés personnalisés peuvent être ajoutés** dans les sections via les espaces libres afin de préciser une intervention ou une observation à effectuer systématiquement pour un usager.
- Le formulaire doit être complété à l'encre indélébile bleue ou noire (**pas d'encre gel ni de stylo effaçable**).
- En cas d'**erreur d'inscription**, mettre entre parenthèses et rayer les inscriptions non conformes, inscrire « erreur d'inscription » ou « erreur de dossier », selon le type d'erreur, et apposer les initiales de l'intervenant au-dessus de la rayure.
- Lorsqu'un formulaire spécifique doit être complété, la **mention « VFS □ »** (Voir Feuille spéciale) doit être indiquée.
- La section « **Enseignement** » est conçue afin de pouvoir décrire les enseignements effectués (comprenant les réactions observées et la compréhension par l'utilisateur). **Les inscriptions faites dans cette section doivent être accompagnées de l'heure et des initiales de l'intervenant.**
- Si une note complémentaire doit être rédigée, utiliser le formulaire **Notes évolution** en précisant le numéro, le nom de la section et l'heure à laquelle se réfère la note complémentaire. La signature de l'intervenant est aussi requise.

3. SECTION 1 « FONCTION CARDIORESPIRATOIRE »

1. Fonction cardiorespiratoire	Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
	Respiration sans particularité				Trachéo : _____			
	Particularités / difficultés respiratoires * (Pédiatrie VFS <input type="checkbox"/>)				_____			
	Exercices respiratoires : _____				Soins de trachéo (nb de fois) N _____ J _____ S _____			
	Aspiration des sécrétions (nb fois)* N _____ J _____ S _____				Signes neurovasculaires : _____			
	C-PAP <input type="checkbox"/> BI-PAP <input type="checkbox"/>				Télémetrie # _____			
	Toilette nasale - Pédiatrie VFS				Bas antiembolique <input type="checkbox"/> Compression inter. <input type="checkbox"/>			

- **Respiration sans particularité** : Initialer lorsqu'on fait référence à une respiration normale pour l'utilisateur, tant pour la fréquence que pour l'amplitude, le rythme, les bruits respiratoires et les mouvements thoraciques.
- **Particularités / difficultés respiratoires * (Pédiatrie VFS)** : Décrire le(s) signe(s) et symptôme(s) observé(s).
- **Exercices respiratoires** : _____ : Initialer si l'utilisateur a fait des exercices respiratoires en précisant la fréquence et le type (ex. : spirométrie incitative, exercices respiratoires dirigés, respiration lèvres pincées, respiration diaphragmatique, etc.). Si cessation ou changement, rédiger une note complémentaire.
- **Aspiration des sécrétions (nb fois)*** : Selon votre quart de travail, inscrire le nombre de fois où vous avez procédé à l'aspiration des sécrétions. Noter la description des sécrétions aspirées dans les notes d'évolution.
- **C-PAP BI-PAP** : Cocher le type d'appareil utilisé.
- **Toilette nasale- Pédiatrie VFS** : Pour la clientèle pédiatrique, compléter le formulaire prévu à cet effet.
- **Trachéo** : Inscrire le type de canule trachéale en place (Compagnie et grandeur, fenêtrée ou non, et ballonnet gonflé ou non).
- **Soins de trachéo (nb de fois)** : Inscrire le nombre de fois que les soins de trachéostomie ont été effectués, selon la méthode de soins en vigueur, durant le quart de travail.
- **Signes neurovasculaires** : Comprennent l'évaluation de la coloration, de la chaleur, de la mobilité, de la sensibilité, du pouls, du retour capillaire et de l'œdème (CCMSPRO). Indiquer le site où ces signes ont été mesurés.
- **Télémetrie** : Si une télémetrie est installée, indiquer le numéro de l'appareil et initialer afin d'attester de la vérification et de la surveillance.
- **Bas antiemboliques ou à compression intermittente** : Cocher le type de bas installé.
- Les particularités telles que le port de lunettes nasales, venti-mask ou autres dispositifs ou observations/interventions récurrentes peuvent être ajoutées de façon ponctuelle sur une ligne vierge de cette section.

4. SECTION 2 « DOULEUR »

2. Douleur	Douleur (Si présence *)				Analgésie perfusion- VFS : ACP <input type="checkbox"/>			
	Papillon S/C VFS <input type="checkbox"/>				Péridurale <input type="checkbox"/> Rachidienne <input type="checkbox"/> Épimorphe <input type="checkbox"/>			
	Glace* <input type="checkbox"/> Chaleur* <input type="checkbox"/>							

- **Douleur (Si présence*)**: Initialer si la douleur a été évaluée. Si présence de douleur, rédiger une note détaillée selon l'évaluation du PQRSTU.
- **Papillon S/C VFS** : Pour la clientèle porteur de papillon S/C, compléter le formulaire prévu à cet effet.
- **Glace*/Chaleur ***: Initialer si application de glace ou chaleur, rédiger une note détaillée concernant la région où la glace/chaleur est appliquée et le nombre de fois où elle a été appliquée durant votre quart de travail.
- **Analgesie perfusion –VFS** : **ACP** **Péridurale** **Rachidienne** **Épimorphe** : Si l'utilisateur reçoit une analgésie spécifique, cocher le type d'analgésie utilisée et compléter le formulaire approprié.

5. SECTION 3 « TUBES DE DRAINAGE »

3. Tubes de drainage	TNG Mode : ____ Écoulement: ____				Autre tube/drain* : _____			
	Jackson Pratt: Écoulement: _____				Mode : _____			
	Drain thoracique : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Mode : ____ Succion <input type="checkbox"/> ____ cm H ₂ O Écoulement: ____ Oscille <input type="checkbox"/> Bulle <input type="checkbox"/>				Autre tube/drain* : _____			
					Mode : _____			
Mode : 1) Succion continue 2) Succion intermittente 3) Drainage libre 4) Clampé								
Écoulement : 1) Sanguin 2) Sérosanguin 3) Purulent 4) Verdâtre 5) Brunâtre 6) Jaunâtre								

- **TNG** : Incrire le *mode* et le type d'*écoulement* selon les légendes spécifiques.
- **Jackson Pratt** : Incrire le type d'*écoulement* selon la légende. Si cessation ou changement, rédiger une note complémentaire.
- **Drain thoracique** : Cocher la case du site (*droit [D] ou gauche [G]*). Incrire le *mode* et le type d'*écoulement* selon les légendes spécifiques. Si une *succion* est présente, faire un crochet dans la case et inscrire la *succion* exercée dans l'espace libre (mmHg). Si présence d'*oscillation*, faire un crochet dans la case. En l'absence d'*oscillation*, faire une note complémentaire. Si des *bulles* sont présentes dans le drain, faire un crochet. En présence d'anormalité, rédiger une note complémentaire.
- **Autre tube / drain*** : Préciser le type de drain et le mode. Rédiger une note précisant les surveillances réalisées.

6. SECTION 4 « ISOLEMENT/ DÉPLACEMENTS »

4. Isolement / déplacements	Isolement PCI : _____							
	Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h				Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h			
	Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h				Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h			
	Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h				Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h			
	Au besoin, préciser : état clinique, accompagnement, mode de transport, support (O ₂ , moniteur, saturométrie, etc.)							

- **Isolement PCI** : Préciser le type d'isolement en place (ex. : de contact, précaution gouttelettes, etc.) et initialer. Si cessation de l'isolement ou changement, rédiger une note.
- **Type**: Incrire le nom de l'examen, de la procédure ou du déplacement vers un autre service (ex. : Scan cérébral, radiographie pulmonaire, etc.).
- **Départ** : Incrire l'heure à laquelle l'utilisateur quitte l'unité.
- **Retour** : Incrire l'heure à laquelle l'utilisateur est de retour à l'unité.
- **Au besoin, préciser : L'état clinique, l'accompagnement, le mode de transport et le support (O₂, moniteur, saturemtrie, etc.)** : Incrire les observations, données cliniques ou caractéristiques pertinentes en lien avec le déplacement de l'utilisateur (ex. : besoin oxygène, accompagnement, traitement en cours, anxiété, agitation motrice, transport en fauteuil roulant, etc.).

7. SECTION 5 « CANULE IV COURTE CVC VFS □ »

5. Canule IV courte	Statut	Site	Calibre	Apparence site	N	J	S
	Installée ____ h En place <input type="checkbox"/> Retirée ____ h						
	Installée ____ h En place <input type="checkbox"/> Retirée ____ h						
	Installée ____ h En place <input type="checkbox"/> Retirée ____ h						
	Installée ____ h En place <input type="checkbox"/> Retirée ____ h						
CVC-VFS							

- **CVC VFS** : Cocher si une canule veineuse centrale est en place et compléter le formulaire approprié.
- **Statut** : Incrire l'heure d'installation d'une nouvelle canule. Cocher si la canule est déjà en place où inscrire l'heure du retrait de la canule.
- **Site** : Indiquer l'endroit où est installée la canule (ex. : *avant-bras droit, main gauche, etc.*).
- **Calibre** : Indiquer le calibre du cathéter (ex. : #20, #22, #24, etc.).
- **Apparence du site** : Indiquer, au moyen d'un bref commentaire, l'apparence du site d'insertion (ex. : *propre, S/P, rougeur, œdème, induration, écoulement, etc.*).

8. SECTION 6 « AUTONOMIE FONCTIONNELLE ET MOBILITÉ (A) »

6. Autonomie fonctionnelle et mobilité (A)	Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S	
	Hygiène: Lit <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Aide : _____					Assistance transferts / marche : N _____ J _____ S _____			
	Soins de bouche : _____				Marche (distance approx.) : N _____ J _____ S _____				
	Repos strict ad : _____				Fauteuil (durée) : N ____ J ____ / ____ S ____ / ____				
	Premier lever * : _____				Positions alternées				
	Traction ____ lbs Site : ____								
	Mise en charge: _____								
	Angle tête de lit : _____ °								
1) Autonome 2) Aide 1 pers. 3) Aide 2 pers. 4) Supervision 5) Marchette 6) Canne 7) Fauteuil roulant 8) Lève-personne 9) Béquille / attelle / prothèse : _____									

- **Hygiène** : Cocher la case appropriée selon le type de toilette effectuée et l'aide requise selon la légende.
- **Soins de bouche** : Initialer lorsque les soins de bouche ont été effectués. Indiquer la fréquence des soins de bouche à effectuer.
- **Repos strict ad** : Préciser la date et l'heure de la fin du repos strict.

- **Premier lever*** : Préciser l'heure et rédiger une note complémentaire.
- **Traction, site** : Préciser le poids et le site de la traction. Si cessation ou changement, rédiger une note complémentaire.
- **Mise en charge** : Préciser le membre, le mouvement à éviter et indiquer si la mise en charge est partielle ou complète.
- **Angle tête de lit** : Indiquer le nombre de degrés de l'angle de la tête de lit.
- **Assistance transferts / marche** : Indiquer le chiffre équivalent à l'assistance requise par l'utilisateur en se référant à la légende au bas de la section.
- **Marche (distance approximative.)** : Indiquer approximativement la distance de marche effectuée par l'utilisateur.
- **Fauteuil (durée)** : Indiquer approximativement la durée des séances au fauteuil.
- **Positions alternées** : Inscire la fréquence à laquelle les changements de position sont effectués.

9. SECTION 7 « INTÉGRITÉ DE LA PEAU (I) »

7. Intégrité de la peau (I)	Peau et muqueuses intactes				Surface thérapeutique (Type : _____)			
	Particularité de la peau et téguments*							
	Site de la plaie	Pansement	En place	Apparence du pansement		N	J	S
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
	Formulaire en soins des plaies – VFS <input type="checkbox"/>							

- **Peau et muqueuses intactes** : Initialer lorsque la peau et les muqueuses sont intactes.
- **Particularité de la peau et téguments*** : En présence d'une particularité de la peau et des téguments, initialer la case et rédiger une note complémentaire.
 - **N.B.** Pour toute plaie, compléter le formulaire en soins des plaies.
- **Surface thérapeutique (Type : _____)** : Inscire le type de surface utilisé dans l'espace réservé à cet effet. Si cessation ou changement, rédiger une note.
- **Site de la plaie** : En présence d'une plaie, inscrire sa localisation.
- **Pansement** : En présence d'une plaie, inscrire le pansement en place (si la plaie est à l'air libre, inscrire « air libre » dans la case). Cocher si le ou les pansements sont en place et indiquer l'apparence (ex : propre, souillé).

10. SECTION 8 « NUTRITION ET HYDRATATION (N) »

8. Nutrition et hydratation (N)	Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
	Type de diète : N _____ J _____ / _____ S _____				Particularité lors de l'alimentation / hydratation*			
	Suppléments : _____				Restriction liquidienne : _____ mL/24h			
	Degré d'autonomie : N ___ J ___ S ___ 1) Autonome 2) Préparer aliments 3) Supervision 4) Aide totale				Bilan ingesta/excreta -VFS <input type="checkbox"/>			
	Consommation alimentaire (plat principal) : Déj. : _____ % Dîner : _____ % Souper : _____ %				Gavage (alimentation entérale) Gastro-jéjunostomie <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> TNE <input type="checkbox"/> TOG <input type="checkbox"/> Solution gavage : _____ Mode continu <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> Débit de la solution sur pompe N _____ mL/h J _____ mL/h S _____ mL/h Signes / symptômes * <input type="checkbox"/>			
	Hydratation: _____				Hyperalimentation			
	Allaitement- VFS <input type="checkbox"/> PCN -VFS <input type="checkbox"/>							

- **Type de diète** : Indiquer la diète de l'utilisateur (ex. : enrichie, purée, diabétique, etc.) pour chaque repas / quart de travail.
- **Suppléments** : Incrire le type de suppléments et la fréquence à administrer.
- **Degré d'autonomie** : Indiquer l'autonomie de l'utilisateur selon la légende.
- **Consommation alimentaire (plat principal)** : Incrire la quantité consommée par l'utilisateur.
- **Hydratation** _____ : Préciser le suivi à effectuer pour l'hydratation de l'utilisateur selon ses besoins. Pour la personne âgée, encourager l'hydratation et préciser.
- **Allaitement - VFS PCN (préparation commerciale pour nourrisson) - VFS** : Cocher ce que l'enfant prend et se référer au formulaire approprié pour le suivi des boires.
- **Particularité lors de l'alimentation/ hydratation *** : Cocher si présence et inscrire une note concernant les signes et symptômes de particularités lors de l'alimentation ou lors de l'hydratation (hypersalivation, toux lors des repas, nausées, vomissements).
- **Restriction liquidienne** : Noter quelle quantité de liquide (en ml) l'utilisateur est autorisée par jour.
- **Bilan ingesta /excréta - VFS** : Cocher si bilan en cours et se référer au formulaire prévu à cet effet.
- **Gavage (alimentation entérale)** : Cocher le type de tube en place (ex. : gastrojéjunostomie, gastrostomie, jéjunostomie, TNG = tube naso gastrique, TNE= tube naso entérique, TOG= tube oro gastrique).
Solution de gavage : Incrire le type de gavage administré (ex. : Jevity, Nestlé, Isosource, etc.).
Mode continu ou intermittent : Cocher la case appropriée.
Débit de la solution sur la pompe : Incrire le débit administré sur la ligne selon le quart de travail.
- **Signes et symptômes*** : Cocher si présence et inscrire les signes et symptômes associés à l'alimentation entérale dans une note.
- **Hyperalimentation** : Initialer si l'utilisateur reçoit de l'hyperalimentation intraveineuse.

11. SECTION 9 « ÉLIMINATION VÉSICALE ET INTESTINALE (É) »

9. Élimination vésicale et intestinale (É)	Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
	Particularité de l'élimination*				Date de la dernière selle :			
	Mode d'élimination N ___ J ___ S ___ 1) Toilette 2) Chaise d'aisance 3) Bassine/Urinal 4) Culotte de protection 5) Culotte d'incontinence/couche				Fréquence et aspect des selles : N ___/___ J ___/___ S ___/___ N) Normales SL) Semi-liquides L) Liquides D) Dures M) Molle Sg) Sang*			
	Degré d'autonomie N ___ J ___ S ___ 1) Autonome 2) Aide partielle 3) Aide totale				Décompte de selles -VFS <input type="checkbox"/>			
	Sonde (type et #) : _____ Installée* <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Cessée* <input type="checkbox"/>				Péristaltisme <input type="checkbox"/> / présence de gaz <input type="checkbox"/>			
	Quantité : N ___/___ J ___/___ S ___/___				Stomie _____ Aspect de la stomie : _____			
	Cathétérisme* <input type="checkbox"/> Bladder Scan* <input type="checkbox"/>				Abdomen souple <input type="checkbox"/> distendu <input type="checkbox"/> *			
	1 ^{ère} miction post _____				Incontinence fécale (<i>de novo</i> *)			
	Irrigation vésicale*							
	Incontinence urinaire (<i>de novo</i> *)							

- **Particularité de l'élimination** : Cocher si présence et inscrire une note précisant la particularité observée (troubles à l'élimination, diarrhées, dépôts dans l'urine, etc.)
- **Mode d'élimination** : Inscrire le mode d'élimination de l'utilisateur sur la ligne correspondant au quart de travail, selon la légende.
N.B. La culotte de protection n'est pas utilisée dans les cas d'incontinence. Elle est utilisée à titre de sous-vêtement.
- **Degré d'autonomie** : Inscrire le degré d'autonomie sur la ligne correspondant au quart de travail, selon la légende.
- **Sonde (type et #)** : Inscrire le type et le numéro de la sonde installée. Inscrire si la sonde est en place, si elle a été installée ou cessée durant votre quart de travail, rédiger une note.
- **Quantité** : Inscrire la quantité d'urine recueillie.
- **Cathétérisme/ Bladder scan *** : Rédiger une note et y inscrire l'heure à laquelle le *bladder scan* a été fait ainsi que le nombre de ml mesurés.
- **1^{ère} miction post _____** : Inscrire la caractéristique (ex. : postopératoire, post-sonde, etc.) et rédiger une note complémentaire au besoin.
- **Irrigation vésicale*** : Indiquer la coloration, la vitesse et la quantité sur la feuille I/E.
- **Incontinence urinaire (*de novo**)** : Initialer dans la case appropriée si l'incontinence est connue. Si l'incontinence est *de novo*, rédiger une note.
- **Date de la dernière selle** : Inscrire la date de la dernière selle.
- **Fréquence et aspect des selles** : Inscrire le type et le nombre de selles de l'utilisateur sur la ligne correspondant au quart de travail, selon la légende.
- **Décompte de selles- VFS** : Cocher et compléter le formulaire prévu à cet effet.
- **Péristaltisme / présence de gaz** : Indiquer s'il y a présence de péristaltisme ou présence de gaz en cochant la case appropriée. S'il y a anomalies, rédiger une note complémentaire.
- **Stomie** : Préciser le type (ex. : iléostomie, néphrostomie, colostomie, etc.).
Aspect de la stomie : Préciser l'état de la stomie (ex. : intact, rouge etc.).

- **Abdomen souple** **distendu** *: Cocher la case appropriée. Si l'abdomen est distendu, rédiger une note complémentaire.
- **Incontinence fécale (de novo*)** : Initialer la case appropriée si l'incontinence est connue. Si l'incontinence est *de novo*, rédiger une note complémentaire.

12. SECTION 10 « ÉTAT COGNITIF, PSYCHOSOCIAL ET COMPORTEMENT (E) »

10. État cognitif, psychosocial et comportement (E)	Si particularité ou changement*	État de conscience : alerte <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> *				Attention				
		Orientation (temps / espace)				Organisation / opération de la pensée				
		Apparence				Mémoire				
		Comportement				Perception				
		Humeur / affect				Jugement / autocritique/ planification / organisation				
		Langage				RADAR <input type="checkbox"/> (si positif*) CAM * <input type="checkbox"/>				
		Perception / Adaptation / Vécu de l'utilisateur / Implication - soutien de la famille et des proches								

- **État de conscience : alerte** **anormal** * : Cocher la case appropriée. Si l'état de conscience est anormal, rédiger une note complémentaire en précisant l'état de conscience observé (hyperalerte, léthargique, stuporeux ou comateux).
- **Orientation (temps/espace)** : Si l'utilisateur est orienté dans les deux sphères, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire.
- **Apparence** : Si l'apparence est sans particularité, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire. Cette composante de l'état mental¹ comprend l'apparence physique, la présentation générale, l'expression faciale, le contact visuel et l'attitude.
- **Comportement** : Si le comportement est sans particularité, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire. Cette composante de l'état mental comprend l'activité motrice et les mouvements.
- **Humeur / affect** : Si l'humeur / affect sont sans particularité, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire.
- **Langage** : Si le langage est sans particularité, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire. Cette composante de l'état mental comprend la qualité du langage et le débit.
- **Attention** : Si l'attention est sans particularité, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire.

¹ Pour une description complète de l'ensemble des composantes de l'état mental, vous pouvez consulter le [Saviez-vous que? Composantes de l'état mental.](#)

- **Organisation / opération de la pensée** : Si l'organisation / opération de la pensée sont sans particularité, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire. Cette composante de l'état mental comprend le cours ou processus, le contenu et le délire.
- **Mémoire** : Si la mémoire (immédiate, récente, ancienne) est sans particularité, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire.
- **Jugement / autocritique / planification / organisation** : Si le jugement / autocritique / planification / organisation sont sans particularité, initialer la case. Si non, rédiger une note complémentaire.
- **RADAR** : Cocher la case lorsque le repérage du delirium à l'aide du RADAR a été effectué. Si un ou plusieurs items (L'utilisateur était-il somnolent? L'utilisateur avait-il de la difficulté à suivre vos consignes? Les mouvements de l'utilisateur étaient-ils au ralenti?) sont positifs, rédiger une note complémentaire et procéder au dépistage à l'aide de l'outil CAM.
- **CAM** : Lorsqu'un dépistage du delirium est effectué avec la CAM, cocher la case et rapporter le résultat qu'il soit positif ou négatif dans une note complémentaire en y précisant tous les critères (apparition subite et fluctuation des symptômes, inattention, désorganisation de la pensée, altération du niveau de conscience).
- **Perception / Adaptation / Vécu de l'utilisateur / Implication - soutien de la famille et des proches** : Inscrire toute donnée clinique, observation ou intervention pertinentes réalisées auprès de l'utilisateur ou de ses proches et ayant une influence sur l'utilisateur et son expérience de santé / épisode de soin.

13. SECTION 11 « SOMMEIL (S) »

11. Sommeil	Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
	Semble dormir lors des tournées				Repos / sieste (Durée J: _____ S: _____)			
Particularité du sommeil*								

- **Semble dormir lors des tournées** : Initialer si applicable.
- **Particularité du sommeil *** : Cocher si présence de particularité lors du sommeil et rédiger une note précisant les particularités observées.
- **Repos/sieste** : Initialer si l'utilisateur fait une sieste ou se repose de jour ou de soir et préciser la durée approximative des siestes.

14. SECTION 12 « ENSEIGNEMENT »

- Cette section est conçue afin de pouvoir décrire les enseignements effectués (comprenant les réactions observées et la compréhension par l'utilisateur).
- Les inscriptions faites dans cette section doivent être accompagnées de l'heure et des initiales de l'intervenant.

ANNEXE

**Formulaire
« Notes évolution soins infirmiers »**

NOTES ÉVOLUTION - SOINS INFIRMIERS

LÉGENDE GÉNÉRALE

Initiales = vérifié/fait Initiales avec * = voir note complémentaire

Libellé avec * = note complémentaire obligatoire Case libre = Non applicable

Date : _____

		Observations / interventions			N	J	S	Observations / interventions			N	J	S	
1. Fonction cardiorespiratoire	Respiration sans particularité							Trachéo : _____						
	Particularités / difficultés respiratoires * (Pédiatrie VFS <input type="checkbox"/>)							_____						
	Exercices respiratoires : _____							Soins de trachéo (nb de fois) N _____ J _____ S _____						
	Aspiration des sécrétions (nb fois)* N _____ J _____ S _____							Signes neurovasculaires : _____						
	C-PAP <input type="checkbox"/> BI-PAP <input type="checkbox"/>							Télémetrie # _____						
	Toilette nasale - Pédiatrie VFS							Bas antiembolique <input type="checkbox"/> Compression inter. <input type="checkbox"/>						
2. Douleur	Douleur (Si présence *)							Analgésie perfusion- VFS : ACP <input type="checkbox"/>						
	Papillon S/C VFS <input type="checkbox"/>							Péridurale <input type="checkbox"/> Rachidienne <input type="checkbox"/> Épimorphe <input type="checkbox"/>						
	Glace* <input type="checkbox"/> Chaleur* <input type="checkbox"/>													
3. Tubes de drainage	TNG Mode : ____ Écoulement: ____							Autre tube/drain* : _____						
	Jackson Pratt: Écoulement: _____							Mode : _____						
	Drain thoracique : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Mode : ____ Succion <input type="checkbox"/> ____ cm H ₂ O Écoulement: ____ Oscille <input type="checkbox"/> Bulle <input type="checkbox"/>							Autre tube/drain* : _____						
								Mode : _____						
Mode : 1) Succion continue 2) Succion intermittente 3) Drainage libre 4) Clampé														
Écoulement : 1) Sanguin 2) Sérosanguin 3) Purulent 4) Verdâtre 5) Brunâtre 6) Jaunâtre														
4. Isolement / déplacements	Isolement PCI : _____													
	Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h							Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h						
	Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h							Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h						
	Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h							Type : _____ Départ : _____ h Retour : _____ h						
	Au besoin, préciser : état clinique, accompagnement, mode de transport, support (O ₂ , moniteur, saturométrie, etc.)													
5. Canule IV courte	Statut	Site			Calibre		Apparence site			N	J	S		
	Installée _____ h En place <input type="checkbox"/> Retirée _____ h													
	Installée _____ h En place <input type="checkbox"/> Retirée _____ h													
	Installée _____ h En place <input type="checkbox"/> Retirée _____ h													
	Installée _____ h En place <input type="checkbox"/> Retirée _____ h													
CVC-VFS														

LÉGENDE GÉNÉRALE

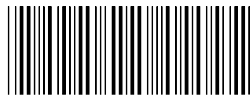
Initiales = vérifié/fait

Initiales avec * = voir note complémentaire

Libellé avec * = note complémentaire obligatoire Case libre = Non applicable

Date : _____

6. Autonomie fonctionnelle et mobilité (A)	Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
	Hygiène: Lit <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Aide : _____					Assistance transferts / marche : N _____ J _____ S _____		
Soins de bouche : _____					Marche (distance approx.) : N _____ J _____ S _____			
Repos strict ad : _____					Fauteuil (durée) : N _____ J _____ / _____ S _____ / _____			
Premier lever * : _____					Positions alternées			
Traction _____ lbs Site : _____								
Mise en charge: _____								
Angle tête de lit : _____ °								
1) Autonome 2) Aide 1 pers. 3) Aide 2 pers. 4) Supervision 5) Marchette 6) Canne 7) Fauteuil roulant 8) Lève-personne 9) Béquille / attelle / prothèse : _____								
7. Intégrité de la peau (I)	Peau et muqueuses intactes				Surface thérapeutique (Type : _____)			
	Particularité de la peau et téguments*							
	Site de la plaie	Pansement		En place	Apparence du pansement			
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
Formulaire en soins des plaies - VFS <input type="checkbox"/>								
8. Nutrition et hydratation (N)	Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
	Type de diète : N _____ J _____ / _____ S _____				Particularité lors de l'alimentation / hydratation*			
	Suppléments : _____				Restriction liquidienne : _____ mL/24h			
	Degré d'autonomie : N ___ J ___ S ___ 1) Autonome 2) Préparer aliments 3) Supervision 4) Aide totale				Bilan ingesta/excreta -VFS <input type="checkbox"/>			
	Consommation alimentaire (plat principal) : Déj. : _____ % Dîner : _____ % Souper : _____ %				Gavage (alimentation entérale) Gastro-jéjunostomie <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> TNE <input type="checkbox"/> TOG <input type="checkbox"/> Solution gavage : _____ Mode continu <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> Débit de la solution sur pompe N _____ mL/h J _____ mL/h S _____ mL/h Signes / symptômes * <input type="checkbox"/>			
	Hydratation: _____							
	Allaitement- VFS <input type="checkbox"/> PCN -VFS <input type="checkbox"/>				Hyperalimentation			



NOTES ÉVOLUTION - SOINS INFIRMIERS

LÉGENDE GÉNÉRALE

Initiales = vérifié/faît Initiales avec * = voir note complémentaire
Libellé avec * = note complémentaire obligatoire Case libre = Non applicable

Date : _____

		Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
9. Élimination vésicale et intestinale (É)		Particularité de l'élimination*				Date de la dernière selle :			
		Mode d'élimination N ___ J ___ S ___ 1) Toilette 2) Chaise d'aisance 3) Bassine/Urinal 4) Culotte de protection 5) Culotte d'incontinence/couche				Fréquence et aspect des selles : N ___/___/___ J ___/___/___ S ___/___ N) Normales SL) Semi-liquides L) Liquides D) Dures M) Molle Sg) Sang*			
		Degré d'autonomie N ___ J ___ S ___ 1) Autonome 2) Aide partielle 3) Aide totale							
		Sonde (type et #) : _____ Installée* <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Cessée* <input type="checkbox"/>				Décompte de selles -VFS <input type="checkbox"/> Péristaltisme <input type="checkbox"/> / présence de gaz <input type="checkbox"/>			
		Quantité : N ___/___ J ___/___ S ___/___				Stomie _____ Aspect de la stomie : _____			
		Cathétérisme* <input type="checkbox"/> Bladder Scan* <input type="checkbox"/>				Abdomen souple <input type="checkbox"/> distendu <input type="checkbox"/> *			
		1 ^{re} miction post _____				Incontinence fécale (<i>de novo</i> *)			
		Irrigation vésicale*							
		Incontinence urinaire (<i>de novo</i> *)							
10. État cognitif, psychosocial et comportement (É)	Si particularité ou changement*	État de conscience : alerte <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> *				Attention			
		Orientation (temps / espace)				Organisation / opérations de la pensée			
		Apparence				Mémoire			
		Comportement				Perception			
		Humeur / affect				Jugement / autocritique / planification / organisation			
		Langage				RADAR <input type="checkbox"/> (si positif*) CAM* <input type="checkbox"/>			
		Perception / Adaptation / Vécu de l'usager / Implication - soutien de la famille et des proches							
11. Sommeil		Observations / interventions	N	J	S	Observations / interventions	N	J	S
		Semble dormir lors des tournées				Repos / sieste (Durée J: _____ S: _____)			
	Particularité du sommeil*								



NOTES ÉVOLUTION - SOINS INFIRMIERS

LÉGENDE GÉNÉRALE

Initiales = vérifié/fait
complémentaire

Initiales avec * = voir note

Libellé avec * = note complémentaire obligatoire Case libre = Non applicable

Date : _____

Enseignements

Initiales, prénom et nom en lettres moulées et titre d'emploi

Nuit			Nuit		
Jour			Jour		
Soir			Soir		