

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

**GUIDE DE RÉDACTION DU FORMULAIRE :
OBSERVATIONS QUOTIDIENNES
DE L'INFIRMIÈRE AUX SOINS INTENSIFS**

Direction des soins infirmiers

Janvier 2020

Rédacteurs

Audrey Dastous, conseillère en soins infirmiers DSI

Jacinthe Collin, conseillère clinique DSI

Collaboratrice

Claire Provencher, agente administrative, volet soutien aux pratiques professionnelles

Table des matières

NOTES PAR EXCEPTION OU LA « CHECK-LIST »	4
CADRE DE RÉFÉRENCE	4
1. STANDARDS ET NORMES	4
2. NOTES NARRATIVES	4
NOTES D'OBSERVATION NARRATIVES (# FORMULAIRE 64-920-808)	5
GÉNÉRALITÉS DU FORMULAIRE	6
SECTION « SÉCURITÉ »	8
SECTION « CARDIORESPIRATOIRE »	9
SECTION « CATHÉTERS INVASIFS ET PÉRIPHÉRIQUES »	10
SECTION « EXAMENS »	11
SECTION « DONNÉES HÉMODYNAMIQUES »	12
SECTION « VENTILATION/RESPIRATION ET SÉDATION/ANALGÉSIE »	14
SECTION « TUBES DE DRAINAGES »	19
SECTION « AUTONOMIE ET MOBILITÉ (A) »	20
SECTION « INTÉGRITÉ DE LA PEAU (I) »	21
SECTION « NUTRITION ET HYDRATATION (N) »	22
SECTION « ÉLIMINATION VÉSICALE ET INTESTINALE (É) »	23
SECTION « ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL (E) »	25
SECTION « SOMMEIL (S) »	27
SECTION « INGESTA – EXCRÉTA »	28
RÉFÉRENCES	30
ANNEXE A	31

NOTES PAR EXCEPTION OU LA « CHECK-LIST »

CADRE DE RÉFÉRENCE ¹

1. Standards et normes

Ensemble des caractéristiques décrivant ce qui doit être. Réfère à l'obligation :

- de dispenser des soins selon les standards établis par l'établissement ou la pratique (protocoles, méthodes de soins*, ordonnances collectives, etc.)
- de noter la conformité ou la non-conformité aux normes reconnues par la pratique

***Référence à une technique ou méthode de soins**

Lorsque pertinent, le présent guide fait référence aux méthodes de soins de l'établissement. On retrouve aussi ces méthodes de soins au site de l'AQESS (Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux)

2. Notes narratives

- Le cadre utilisé pour rédiger les notes narratives est le système de documentation par résultats patients (*outcomes*). Ce système met l'emphase sur l'évaluation du résultat des soins dispensés. Les notes doivent inclure :
 - Les données observées et le problème identifié s'il y a lieu. (D)
 - Les interventions initiées. (A)
 - Les résultats obtenus (réaction du patient et la progression vers l'atteinte des objectifs) (R)
- Vous référer à la règle de soins infirmiers (RSI-015), *Documentation en soins infirmiers au dossier de l'utilisateur* (2016).
- **Information à documenter au dossier en notes narratives**
 - Tout changement dans l'état de l'utilisateur/rubrique étoilée
 - L'utilisation de contentions
 - Lors d'une admission ou d'un transfert
 - Lors d'un soluté infiltré, etc.

RAPPEL :

Celle qui fait = celle qui donne = celle qui signe

Absence de notes = absence de surveillance et d'évaluation

¹ Tiré d'une présentation de Sophie Charland, conseillère clinique, *Les notes par exception*.

NOTES D'OBSERVATION NARRATIVES (# FORMULAIRE 64-920-808)

Date

Inscrire la date recto-verso, selon le mode international soit : année/mois/jour

Poids/taille

Inscrire le poids de l'utilisateur en indiquant l'unité de mesure appropriée, kilogrammes ou livres.

Inscrire la taille de l'utilisateur en indiquant l'unité de mesure appropriée, pieds ou mètre.

Postop

Inscrire le nombre de jours postopératoires correspondant de l'utilisateur.

N. B. : 1^{res} 24 heures = 0

Projet

Inscrire le nom du projet de recherche auquel l'utilisateur est inscrit.

Isolement

Inscrire le type d'isolement selon les normes en vigueur dans l'établissement.

Noter l'heure lorsque vous débutez ou cessez l'isolement.

GÉNÉRALITÉS DU FORMULAIRE

C'est un formulaire d'évolution sous forme de cahier, valable pour une journée et comprenant des paramètres spécifiques établis pour les soins intensifs.

Buts

- Permettre de noter au dossier tous les soins, activités et déplacements du client.
- Suivre l'évolution du client et systématiser les observations.
- Assurer la possibilité de faire le suivi de la gestion des plaintes.

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p style="text-align: center;">Québec</p> <p style="text-align: center;">OBSERVATIONS QUOTIDIENNES DE L'INFIRMIÈRE SOINS INTENSIFS</p> <p>Initiales = vérifié/fait Initiales avec* = voir note complémentaire Libellé avec* = note complémentaire obligatoire Case libre = non applicable</p>								
Date : 20 décembre 2019								
SECURITE	Observations / Interventions	N	J	S	Observations / Interventions	N	J	S
	Ballon / Adapteur / Masque au chevet	JC	AD	AL	Contentions* Type : _____			
	Alarmes en fonction <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> SpO ₂ <input type="checkbox"/> TA				Bracelet <input type="checkbox"/> Identification <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Risque chute			
	Angle tête de lit (degré) N _____ J _____ S _____				Impression et interprétation B de rythme	JC*		

Normes d'utilisation :

- Identifier le cahier (toutes les pages) à l'aide de l'**adressographe**
- Compléter l'en-tête du formulaire en indiquant la **date du jour sur 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'usager, 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 d'évolution ».
 - Une **case laissée libre**, indépendamment du quart de travail, signifie que le libellé n'est pas applicable à l'usager.

- Tout membre du personnel en soins infirmiers, qui réalise une observation ou une intervention auprès de l'usager, 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.
- Lorsqu'un formulaire spécifique doit être complété, la **mention « VFS »** (Voir feuille spéciale) doit être indiquée.
- 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.
- Éviter d'agrafer le cahier de notes d'observations quotidiennes de l'infirmière.
- Compléter systématiquement tout le cahier pour la journée concernée.

SECTION « SÉCURITÉ »

N. B. Chaque élément de cette rubrique doit faire l'objet d'une vérification à **chaque quart de travail**.

SECURITE	Observations / Interventions	N	J	S	Observations / Interventions	N	J	S
	Ballon / Adaptateur / Masque au chevet				Contentions* Type : _____			
	Alarmes en fonction <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> SpO ₂ <input type="checkbox"/> TA				Bracelet <input type="checkbox"/> Identification <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Risque chute			
	Angle tête de lit (degré) N _____ J _____ S _____				Impression et interprétation B de rythme			

- **Ballon/adaptateur/masque au chevet** : Apposer vos initiales lorsque présents et fonctionnels au chevet de l'utilisateur.
- **Alarmes en fonction** : Cocher les alarmes qui sont en fonction. Apposer vos initiales lorsque l'infirmière s'est assurée d'ajuster les alarmes sur le moniteur cardiaque selon les particularités cliniques de l'utilisateur.
- **Angle tête de lit (degré)** : Incrire sur la ligne correspondant au quart de travail degré de l'angle de la tête de lit. Selon l'état clinique de l'utilisateur ou relié à un traitement, la tête de lit doit respecter 30 ou 45 degrés (ex. : alimentation entérale, intubation, dyspnée, etc.).
- **Contentions*** : Incrire le type de contention utilisé sur la ligne prévue à cette fin.
 - Rubrique étoilée puisqu'elle doit faire l'objet d'une description détaillée au dossier sur les circonstances qui ont mené à l'utilisation des contentions.
 - L'interférence aux soins ne nécessite pas d'emblée le recours à la contention : les mesures alternatives tentées avant d'avoir recours aux contentions doivent être documentées au dossier. Vous référer à la NPG CSL #64 contention physique et isolement, au protocole infirmier (PID-005) et le formulaire des soins et surveillance de l'établissement.
 - Revoir régulièrement (fréquence à déterminer au PTI, selon formulaire « Soins et surveillance d'un usager avec contention physique » la nécessité de maintenir cette mesure de contrôle en documentant au dossier.
- **Bracelet** : Cocher le ou les bracelets en place. Apposer vos initiales lorsque l'infirmière s'est assurée que l'utilisateur porte son/ses bracelets et a validé les informations qui y sont inscrites.
- **Impression et interprétation B de rythme** : Apposer vos initiale lorsqu'une bande de rythme a été collée et interprétée au dossier. Se fait en début de quart de travail et PRN selon l'état de l'utilisateur.

SECTION « CARDIORESPIRATOIRE »

CARDIORESPIRATOIRE	Calibre et position tube endo aux lèvres # _____ cm				Swan fixé à _____		
	Trachéotomie : Pince écart. + Canule chevet # Canule : _____				Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Endoveineux <input type="checkbox"/> Transthoracique		
	Soins de trachéo (nbre de fois) N _____ J _____ S _____				Paramètres : Mode : _____ Fréquence : _____ Out put : _____ Sense : _____		
	Exercices respiratoires : _____				<input type="checkbox"/> Capte <input type="checkbox"/> Entraîne		
	<input type="checkbox"/> Bas antiembolique <input type="checkbox"/> Comp. Inter.				Cochez les facteurs de risque de dépression respiratoire		
<input type="checkbox"/> Personne âgée > 70 ans <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Douleur intense qui cesse subitement <input type="checkbox"/> Consommation de médicaments ayant un effet dépressif sur le SNC (voir PI-18-2) <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique ou rénale <input type="checkbox"/> Obésité (IMC >35) <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive (MPOC) <input type="checkbox"/> Naïveté aux opiacés (prise d'un nouvel opiacé débuté depuis moins de 1 semaine) <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien							

- **Calibre et position du tube endotrachéal aux lèvres :** Apposer vos initiales lorsque vérifié par l'infirmière
 - # : indiquer le calibre du tube endotrachéal de l'utilisateur intubé.
 - cm : indiquer la mesure aux lèvres du tube endotrachéal.
- **Trachéotomie :** Apposer vos initiales lorsque l'infirmière s'est assurée que la pince ainsi que la canule de rechange sont présentes au chevet.
 - # : indiquer le numéro de la canule de trachéotomie utilisée.
- **Soins de trachéo (nombre 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.
- **Exercices respiratoires :** Apposer vos initiales 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.
- **Bas antiemboliques ou à compression intermittente :** Cocher le type de bas installé.
- **Swan :** Indiquer la mesure en cm à laquelle le cathéter est fixé à la jonction du **Side-Port**. Apposer vos initiales lorsque l'infirmière a vérifié la mesure à laquelle le cathéter a été fixé.
- **Stimulateur cardiaque et paramètres :** Apposer vos initiales lorsque l'infirmière a assuré la surveillance reliée au pace et a vérifié aux 8 heures les paramètres ainsi que le bon fonctionnement du pacemaker (capte et entraîne) (Méthode de soins, CSL #58-A ou protocole infirmier PI-007. Si cessation ou changement, rédiger une note complémentaire.
 - Cocher le type de stimulateur cardiaque (endoveineux ou transthoracique).
 - Inscrire les paramètres prescrits et s'assurer qu'ils correspondent sur le boîtier du pacemaker endoveineux ou du pacemaker transthoracique (PMTT).
- **Facteurs de risque de dépression respiratoire :** Cocher les différents facteurs de risque de dépression respiratoire de l'utilisateur en lien avec la prise d'opiacés selon le protocole en vigueur (PI-18-2).

SECTION « CATHÉTERS INVASIFS ET PÉRIPHÉRIQUES »

	Observations / Interventions	Nuit	Jour	Soir
CATHETERS INVASIFS & PERIPHERIQUES	Type : ____ Site : ____ Calibre : ____ <input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Retiré : ____ h Δ pansement/tube/bouchon ____ h	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté
	Type : ____ Site : ____ Calibre : ____ <input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Retiré : ____ h Δ pansement/tube/bouchon ____ h	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté
	Type : ____ Site : ____ Calibre : ____ <input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Retiré : ____ h Δ pansement/tube/bouchon ____ h	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté
	Type : ____ Site : ____ Calibre : ____ <input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Retiré : ____ h Δ pansement/tube/bouchon ____ h	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté
	Type : ____ Site : ____ Calibre : ____ <input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Retiré : ____ h Δ pansement/tube/bouchon ____ h	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté
	Type : ____ Site : ____ Calibre : ____ <input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Retiré : ____ h Δ pansement/tube/bouchon ____ h	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté
	Type : ____ Site : ____ Calibre : ____ <input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Retiré : ____ h Δ pansement/tube/bouchon ____ h	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté	____ h / ____ h <input type="checkbox"/> Site intact <input type="checkbox"/> Perméable <input type="checkbox"/> Calibration <input type="checkbox"/> Circuit daté
	Initiales			
Type : CC : Canule courte LA : Ligne artérielle S : Swan PL : Picline 3V : 3 voies Kt-d : hémodialyse Autre : _____				

- **Type** : Inscrire le type de cathéter en place, selon la légende :
 - **CC** : canules courtes en périphérie
 - **3V** : cathéter central per cutané à 2 ou 3 voies, de courte durée (<7 jours)
 - **LA** : ligne artérielle
 - **Kt-d** : cathéter d'hémodialyse
 - **S** : cathéter Swan Ganz
 - **Autre** : inscrire toute autre voie d'accès IV
 - **PL** : cathéter central tunnelisé de type picc-line
- **Site** : Inscrire le site du cathéter en place (ex. : PGC pour pli du code gauche)
- **Calibre** : Inscrire le calibre du cathéter, lorsque nécessaire (ex. : #18)
- Cocher si **installation ou retrait** du cathéter ainsi que l'heure du retrait.
- **Encercler s'il y a eu changement (Δ) de pansement et/ou tubulure et/ou bouchon** avec l'heure.
- Indiquer par quart de travail l'heure à laquelle les vérifications des cathéters invasifs et périphériques ont été effectuées. Cocher les surveillances effectuées, en fonction du type de cathéter :
 - Le site IV a été vérifié et est **intact** : absence d'œdème, de rougeur, chaleur ou d'écoulement.
 - Présence d'un retour veineux (**cathéter perméable**). Sinon, l'utilisation de * avec l'heure fait référence à une note complémentaire au dossier pour décrire les particularités. Notez que l'irrigation des CVC est documentée au FADM ou dans les notes complémentaires de l'infirmière.
 - Mise sous pression (300 mmHg) ainsi que la **calibration** (la calibration comprend la mise à niveau, mise à zéro ainsi que le test de résonance).
 - Vérification **du circuit** (circuit daté)
- Toutes les problématiques liées à l'installation du cathéter ou d'un tube, de la perfusion ou du drainage sont inscrites dans les notes d'observation de l'infirmière.

SECTION « EXAMENS »

EXAMENS	Type : _____ <input type="checkbox"/> Au chevet / heure : _____ Départ : ____ h Retour : ____ h Accompagnement : _____ Support : <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> Moniteur	Type : _____ <input type="checkbox"/> Au chevet / heure : _____ Départ : ____ h Retour : ____ h Accompagnement : _____ Support : <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> Moniteur	Type : _____ <input type="checkbox"/> Au chevet / heure : _____ Départ : ____ h Retour : ____ h Accompagnement : _____ Support : <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> Moniteur	Type : _____ <input type="checkbox"/> Au chevet / heure : _____ Départ : ____ h Retour : ____ h Accompagnement : _____ Support : <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> Moniteur
----------------	--	--	--	--

- **Type** : Inscrire le nom de l'examen, de la procédure ou du déplacement vers un autre service.
- **Au chevet** : Cocher cette case si l'examen est effectué au chevet de l'utilisateur ou inscrire l'heure.
- Si examen à l'extérieur du département, inscrire :
 - **Heure du départ** ainsi que l'**heure du retour** de l'examen.
 - **Accompagnement** lors de l'examen (infirmière, inhalothérapeute, etc.).
 - **Support** : Cocher si présence d'un support en O₂ ou d'un moniteur cardiaque lors de l'examen.

SECTION « DONNÉES HÉMODYNAMIQUES »

- Si usager porteur d'un BIA, cocher « voir feuille spéciale pour BIA » (# formulaire 68-000-606) et la compléter en annexe.
- **TAS** : Incrire la tension artérielle systolique
- **TAD** : Incrire la tension artérielle diastolique
- **TAM** : Incrire la tension artérielle moyenne
- **Fiabilité des mesures TA via LA/PNI** :
 - Comparer les données obtenues avec la PNI q 4 h. Voir si la différence est significative et constante.
 - La TAM (moyenne) devrait concorder à ± 5 à 15 mmHg entre les 2 lectures pour valider la fiabilité.
- **TAD augmentée** : Chez l'usager porteur d'un ballon aortique en fonction, inscrire la tension artérielle augmentée. (Devrait être $< \text{TAS}$ mais $> \text{TAD}$)
- **PLS** : Incrire la fréquence cardiaque par minute.
- **FR** : Incrire la fréquence respiratoire par minute.
- **EtCO₂** : Chez l'usager intubé, *mesure estimée continue de la concentration de CO₂ alvéolaire* expirée par le client vu à l'aide d'un dispositif non invasif fixé à la sonde endotrachéale. La valeur normale de l'etCO₂ est entre 35 et 37 mmHg. Incrire la valeur dans l'espace prévu.
- **SpO₂** : Incrire le chiffre de la saturation capillaire de l'oxygène, unité de mesure en %. Valeur normale (N) : 92-100 %

- **O₂** : Utilisation d'oxygène non invasif par ventimask, lunette nasale.
- **T°** : Incrire la T° en degrés Celsius et la voie : (B) buccale, (R) rectale, (C) centrale, (Ax) axillaire, (O) œsophagienne.
- **TVC** : inscrire le chiffre, mmHg, de la tension veineuse centrale. N : 3-10 mmHg

Chez l'usager porteur d'un cathéter de Swan-Ganz / Vigileo :

- **Pression artère pulmonaire systolique (PAPS)** : Incrire le chiffre de la pression de l'artère pulmonaire systolique, N : 15- 25 mmHg
- **Pression artère pulmonaire diastolique (PAPD)** : Incrire le chiffre de la pression de l'artère pulmonaire diastolique, N : 10-20 mmHg
- **Pression artère pulmonaire moyenne (PAPM)** : Incrire le chiffre de la pression de l'artère pulmonaire moyenne, N : 10 – 15 mmHg.
- **Wedge (W)** : Incrire le chiffre de la pression capillaire pulmonaire bloquée, N : 4-12 mmHg
- **Débit cardiaque (DC)** : Technique faite DIE ou plus fréquemment à la demande du médecin. Incrire le chiffre correspondant, N : 4-8 litres/minutes
- **Index cardiaque (IC)** : débit cardiaque selon le poids et la taille de l'usager, N : 2.5-4l/min/m²
- **Variation du volume d'éjection (VVE)** : inscrire le chiffre visible sur le moniteur Vigileo provenant du FloTrac® sur la ligne artérielle monitorée. Noter que cette donnée est fiable seulement lorsque l'usager est complètement sédationné, ventilé de façon mécanique et ne présente pas d'arythmies.

Perfusions :

- Incrire le nom du médicament en perfusion dans l'espace prévu à cette fin.

Ex. : Dopamine, dobutamine, Levophed®, vasopressine, nitroglycérine, etc.

- Incrire le débit de perfusion à l'installation et à la modification de débit selon l'heure correspondante.**

Ex. : ↑ 6 ml/h

↓ 12 ml/h

→ : indique débit inchangé

****Veuillez noter que ces observations ne remplacent pas l'inscription obligatoire de ses médicaments et leurs ajustements sur le profil pharmacologique.****

SECTION « VENTILATION/RESPIRATION ET SÉDATION/ANALGÉSIE »

Selon la Loi 90, l'évaluation de la condition de l'utilisateur relève de l'infirmière alors que l'inhalothérapeute, contribue à cette évaluation et ce, pour le système respiratoire seulement. À ce titre, l'infirmière complètera les paramètres de ventilation dans les espaces prévus à cette fin en notant l'heure des modifications tout en respectant les prescriptions médicales.

L'infirmière s'assure de documenter les paramètres programmés sur le ventilateur qui sont en lien avec les dernières prescriptions.

- **Mode ventilatoire :**
 - **pour l'utilisateur non intubé :** inscrire le dispositif (VM : ventimask; LN : lunette nasale; CT : collier trachéal; BP : BiPAP; Cp : CPAP).
 - **pour l'utilisateur intubé :** indiquer le mode ventilatoire.

MODE VOLUMÉTRIQUE

Abréviation aux notes	Evita 4 (2)	Servo I	Description
VAC	VAC (CMV)	Volume contrôlé	Ventilation assistée contrôlée en volume
VACI	VACI (SIMV)	VACI (VC) + Aide inspiratoire	Ventilation assistée contrôlée en volume + aide inspiratoire

MODE PRESSION

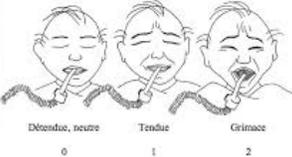
Abréviation aux notes	Evita 4 (2)	Servo I	Description
VPC	BiPAP-assist	Pression contrôlée	Ventilation assistée contrôlée en pression
VPC+	BiPAP (PCV +)	VACI (PC) + Aide inspiratoire	Ventilation assistée contrôlée en pression + aide inspiratoire
VS	AI (VS-PEP AI)	Aide inspiratoire	Ventilation spontanée + aide inspiratoire
APRV	APRV	Pression contrôlée (+ ratio inversé)	Ventilation spontanée à deux niveaux de peep

MODE COMBINÉ

Abréviation aux notes	Evita 4 (2)	Servo I	Description
VCRP	VAC + Autoflow	VCRP	Ventilation assistée contrôlée en pression avec volume garanti
VCRP+	VACI + Autoflow	VACI (VCRP) + Aide inspiratoire	Ventilation assistée contrôlée en pression avec volume garanti + aide inspiratoire
VA	N/A	Volume assisté	Ventilation spontanée + aide inspiratoire avec volume garanti

- **VC/Fréquence** : Indiquer le volume courant (VC) et la fréquence respiratoire (FR) prescrite et s'assurer que ces paramètres se retrouvent au niveau du respirateur.
- **AI/PEEP** : Indiquer l'aide inspiratoire et/ou le PEEP (*Positive End Expiratory Pressure*) prescrit et s'assurer que ces paramètres se retrouvent au niveau du respirateur.
- **FiO₂ – O₂** : Indiquer la concentration d'oxygène en pourcentage (%) ou en litres/minute que l'utilisateur reçoit.
- **Amplitude respiratoire** : Indiquer la qualité de l'amplitude respiratoire selon la légende indiquée (N : normale, P : profonde, S : superficielle).
- **Ronflements** : Indiquer s'il y a présence ou non de ronflements.

- **Rythme respiratoire** : Indiquer si le rythme de la respiration est régulier (R) ou irrégulier (Irr).
- **Évaluation de la douleur** : Incrire le chiffre correspondant à l'intensité de douleur ressentie par l'utilisateur et cocher l'échelle de douleur utilisée.
 - **Pour l'utilisateur intubé** : cette évaluation est faite aux 2 heures selon l'ordonnance standardisée de sédation. L'évaluation de la douleur se fait à l'aide de l'échelle CPOT (*Critical-Care Pain Observation Tool*). De plus, on doit retrouver une note détaillée au dossier décrivant le PQRSTU et le niveau de sédation minimalement aux 8 heures ou lors de modifications importantes et/ou cliniquement significatives.

Indicateur	Descriptif	Score (0 à 8)
Expression faciale 	Détendu, neutre	0
	Tendue	1
	Grimace	2
Mouvements corporels	Absence de mouvements ou position normale	0
	Mouvements de protection (mouvements lents, touche à ses tubes)	1
	Agitation (tire sur les tubes, essaie de s'asseoir, bouge constamment)	2
Interaction avec le ventilateur	Tolère la ventilation ou les mouvements	0
	Tousse mais tolère (tousse mais se laisse ventiler)	1
	Combat (Asynchrone avec le ventilateur, déclenche les alarmes)	2
Vocalisation	S'exprime normalement, silencieux	0
	Gémit, soupire	1
	Crie, pleure	2
Tension musculaire (Évaluation par flexion et extension passive des membres supérieurs au repos)	Détendu (tonus normal)	0
	Tendu, rigide ou crispé (résistance aux mouvements)	1
	Très tendu, rigide ou crispé (difficulté ou incapacité à exercer mouvements)	2

- **Pour l'utilisateur non intubé** : évaluation de l'intensité de la douleur entre 0 et 10 en respectant le protocole infirmier *Interventions infirmières auprès des usagers qui reçoivent un analgésique opiacé (PI-018)*.

- **Niveau de sédation** : Inscrire le niveau de sédation et cocher l'échelle d'évaluation utilisée.
 - **Pour l'utilisateur intubé** : évaluation du niveau de sédation/agitation avec l'échelle de RASS (*Richmond Agitation and Sedation Scale*) aux 2 heures si application de l'ordonnance standardisée de sédation. Si l'utilisateur intubé reçoit un opiacé et n'est pas sous l'ordonnance standardisée de sédation, ajuster la fréquence de l'évaluation du niveau de sédation en respectant le protocole infirmier *Interventions infirmières auprès des usagers qui reçoivent un analgésique opiacé (PI-018)*.

Échelle	Étiquette	Description
+4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Éveillé, calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)
-3	Diminution modéré de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex. : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique

- **Pour l'utilisateur non intubé** : L'échelle de sédation (0-3) est utilisée pour la surveillance des usagers sous opiacés.
 - 0 : Éveillé
 - 1 : Endormi, facilement réveillable
 - 2 : Endormi, difficilement réveillable
 - 3 : Endormi, ne peut être réveillé
- **Auscultation pulmonaire** : Documenter l'auscultation pulmonaire faite par l'infirmière pour chaque plage d'évaluation pulmonaire selon la légende correspondante.
 - **MV : Murmures vésiculaires**
Le murmure vésiculaire devrait être présent dans toutes les plages pulmonaires. Il s'agit du son le plus important à reconnaître. Il est doux et de tonalité basse et la phase inspiratoire est approximativement trois fois plus longue que la phase expiratoire.
 - **↓ MV : Murmures vésiculaires diminués**

Ces bruits respiratoires normaux sont parfois diminués dans certaines conditions médicales (ex. : atélectasie pulmonaire) et/ou en présence de pathologies pulmonaires (ex. : fibrose pulmonaire, emphysème, etc.).

▪ **Cr : Crépitants**

Bruits discontinus et très brefs habituellement audibles en fin d'inspiration. Leur intensité est variable : élevée, moyenne ou faible. Ils sont provoqués au passage de l'air à travers du liquide ou par l'affaissement des alvéoles, non modifiés par la toux.

▪ **S : Sibilances**

Obstruction des voies respiratoires par un bronchospasme des muscles lisses entourant les bronches. Bruit continu, de haute tonalité, plus intense à l'expiration qu'à l'inspiration.

- wheezing : bruit entendu à l'oreille
- sibilants : bruits entendus à l'auscultation.

▪ **Ro : Ronchis**

Bruits surajoutés continus, à prédominance expiratoire et basse tonalité. Entendus surtout au niveau des grosses bronches, sous forme de ronflement ou de vibration. Indiquent souvent la présence de liquide ou de sécrétions dans les bronches. Bruits modifiés par la toux.

* Si autre bruits surajoutés (ex. : stridorlaryngé, souffle tubaire, etc.), à documenter dans les notes narratives.

- **Toux** : Indiquer la qualité de la toux selon la légende indiquée ex. : sèche, grasse, quinteuse, etc.
- **Aspiration** : Indiquer par quelle voie l'aspiration s'est faite selon la légende indiquée ainsi que la fréquence.
 - **Instillation*** : documenter au dossier les critères pour lesquels l'instillation a été utilisée en lien avec le protocole infirmier CSL de l'intubé (PID- 001) et la MSI.

N. B. : l'instillation devrait être une mesure exceptionnelle et à ce titre, elle doit être justifiée par une note manuscrite.

- **Aspect des sécrétions/quantité** : Indiquer la qualité des sécrétions selon la légende indiquée. La quantité est représentée par : + (peu), ++ (modéré), +++ (abondante).

SECTION « TUBES DE DRAINAGES »

TUBES DE DRAINAGE	Observations /Interventions	N	J	S	Observations /Interventions	N	J	S	
	Drain thoracique : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Mode : _____ <input type="checkbox"/> Suction : _____ cm H ₂ O Écoulement : _____ <input type="checkbox"/> Oscille <input type="checkbox"/> Bulle* <input type="checkbox"/> Présence emphysème sous-cutané*					TNG Mode : _____ Écoulement : _____			
						Autre tube/drain : _____ Mode : _____ Écoulement : _____			
	Jackson Pratt Site : _____ Écoulement : _____					Autre tube/drain : _____ Mode : _____ Écoulement : _____			
Jackson Pratt Site : _____ Écoulement : _____					Autre tube/drain : _____ Mode : _____ Écoulement : _____				
Mode : 1 : Suction continue 2 : Suction intermittente 3 : Drainage libre 4 : Clampé Écoulement : S : Sanguin SS : Sérosanguin P : Purulent V : Verdâtre Br : Brunâtre J : Jaunâtre									

- **Drain thoracique :** Cocher la case du site (*droit [D] ou gauche [G]*).
 - Inscrire le *mode* et le type d'*écoulement* selon les légendes spécifiques.
 - Si une *suction* est présente, faire un crochet dans la case et inscrire la *suction* 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 et faire une note complémentaire.
 - En présence d'anormalité, telle que de l'emphysème sous-cutané, rédiger une note complémentaire.
- **Jackson Pratt :** Inscrire le site du drain et le type d'*écoulement* selon la légende. Si cessation ou changement, rédiger une note complémentaire.
- **TNG :** Inscrire le *mode* et le type d'*écoulement* selon les légendes spécifiques.
- **Autre tube/drain :** Préciser le type de drain et le mode. Rédiger une note précisant les surveillances réalisées.

SECTION « AUTONOMIE ET MOBILITÉ (A) »

AUTONOMIE ET MOBILITÉ (A)	Observations /Interventions	N	J	S	Observations /Interventions	N	J	S	
	Hygiène : <input type="checkbox"/> lit <input type="checkbox"/> lavabo <input type="checkbox"/> fauteuil Aide : _____					Assistance transfert/marche (aide) : N _____ J _____ S _____			
	Soins bouche (fréquence) : q _____ h				Marche (distance approx. en mètres) N _____ J _____ S _____				
	Brossage dents (fréquence) : q _____ h				Fauteuil (durée en minutes) N _____ J _____ S _____				
	Exercices actifs/passifs				Position alternées : q _____ h				
	<input type="checkbox"/> Alité ad : _____				Premier lever* : _____				
Aide : 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** : Apposer vos initiales lorsque les soins de bouche ont été effectués. Indiquer la fréquence des soins de bouche à effectuer (q 4h chez le patient intubé).
 - **Réf.** : MSI de l'AQESS
 - **PID - 001**, protocole intubé
 - **OC - 108**, décontamination orale
- N. B. : Veuillez noter que l'application de chlorhexidine doit être inscrite sur le profil pharmacologique.
- **Brossage dents** : Apposer vos initiales lorsque les dents ont été brossées. Indiquer la fréquence du brossage de dents à effectuer (q 12h chez le patient intubé).
- **Exercices actifs/passifs** : Apposer vos initiales lorsque les exercices actifs/passifs ont été effectués.
- **Alité ad** : Cocher la case appropriée si l'utilisateur doit demeurer alité. Préciser la date et l'heure de la fin de l'alitement.
- **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 en mètres 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 (** idéalement q 2h).
- **Premier lever*** : Préciser l'heure et rédiger une note complémentaire.

**** Il est important de favoriser la mobilisation précoce de tous les usagers selon tolérance et état clinique****

ATTENTION SPÉCIALE SUR LA DURÉE ET LA FRÉQUENCE POUR SÉANCE AU FAUTEUIL POUR QUE LA DOCUMENTATION AU DOSSIER REFLÈTE L'AMÉLIORATION DE LA MOBILISATION.

SECTION « INTÉGRITÉ DE LA PEAU (I) »

INTÉGRITÉ DE LA PEAU (I)	Observations /Interventions	N	J	S	Observations /Interventions	N	J	S
	Peau et muqueuses intactes				Surface thérapeutique : _____			
	CCMS-PRO normaux : _____				Matelas : <input type="checkbox"/> hypothermique <input type="checkbox"/> hyperthermique			
	Conjonctives sans particularités							
	Site de la plaie	Pansement			Apparence du pansement	N	J	S
	<input type="checkbox"/> Formulaire en soins des plaies – VFS							

- **Peau et muqueuses intactes** : Apposer vos initiales lorsque la peau et les muqueuses sont intactes.
 - En présence d'une particularité de la peau et/ou des muqueuses, rédigez une note complémentaire.

N. B. Pour toute plaie, compléter le formulaire en soins des plaies.

- **CCMS-PRO normaux** : Comprennent l'évaluation de la coloration, de la chaleur, de la mobilité, de la sensibilité, du pouls, du retour capillaire et de l'œdème. Indiquer le ou les membres où ces signes ont été mesurés et apposer vos initiales lorsqu'ils sont normaux. En présence d'une particularité vous devez ajouter une note complémentaire.

Œdème : Dépression de la peau et du tissu sous-cutané lorsqu'on appuie avec 1 doigt x 5 secondes à 3 endroits différents (dessus du pied, malléole et tibia).

1+ : godet léger, aucune déformation visible, disparition rapide

2+ : godet un peu plus profond, déformation difficile à détecter, disparition en 5-10 secondes

3+ : godet visiblement profond, durée de plus d'une minute, extrémité plus pleine et plus gonflée

4+ : godet très profond, durée de 2 à 5 minutes, extrémité nettement déformée

(Selon l'échelle tirée de Giddens, J.F., Langford, R.W., (2005). *Le guide d'information pratique en soins infirmiers*. Beauchemin Éd., p. 42)

- **Conjonctives sans particularités** : Apposer vos initiales lorsque les conjonctives sont intactes.
Se référer au **PID- 001, protocole intubé**
- **Surface thérapeutique (Type : _____)** : Incrire le type de surface utilisé dans l'espace réservé à cet effet. Si cessation ou changement, rédiger une note.
- **Matelas** : cocher le type de matelas hypothermique ou hyperthermique et apposer vos initiales dans la case. Une note complémentaire devrait être rédigée en lien avec l'indication du matelas et ses surveillances associées.
- **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).

SECTION « NUTRITION ET HYDRATATION (N) »

AUTONOMIE ET MOBILITÉ (A)	Observations /Interventions	N	J	S	Observations /Interventions	N	J	S
	Type de diète : N _____ J _____ / _____ S : _____				Gavage : <input type="checkbox"/> gastro-jéjunostomie <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> jéjunostomie			
	Degré d'autonomie : N ___ J ___ S ___ 1) autonome 3) supervision 2) préparer les aliments 4) aide totale				<input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> TNE <input type="checkbox"/> TOG Mode : <input type="checkbox"/> continu <input type="checkbox"/> Intermittent			
	Consommation alimentaire (plat principal) Déj. : __ % Dîner : __ % Souper : __ %				Débit de la solution : N : _____ ml/h J : _____ ml/h S : _____ ml/h			
	Restriction liquidienne : _____ ml/24 h				Protéines : _____ H ₂ O libre : _____			
	Hyperalimentation				Signes d'intolérance au gavage*			

- **Type de diète** : Indiquer la diète de l'utilisateur
 - ex. : enrichie, purée, diabétique, etc., pour chaque repas/quart de travail.
- **Degré d'autonomie** : Indiquer l'autonomie de l'utilisateur selon la légende.
- **Consommation alimentaire (plat principal)** : Inscire la quantité consommée par l'utilisateur.
- **Restriction liquidienne** : Noter quelle quantité de liquide (en ml) l'utilisateur est autorisé à boire par jour.
- **Hyperalimentation** : Apposer vos initiales si l'utilisateur reçoit de l'hyperalimentation intraveineuse.
- **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.
- **Mode continu ou intermittent** : Cocher la case appropriée.
- **Débit de la solution sur la pompe** : Inscire le débit administré selon le quart de travail.
- **Protéines** : Indiquer le nombre de sachets à administrer et leur fréquence.
- **H₂O libre** : Indiquer la quantité et la fréquence d'eau à administrer.
- **Signes d'intolérance au gavage*** : Apposer vos initiales dans la case si présence et inscrire les signes et symptômes associés à l'alimentation entérale dans une note complémentaire.

SECTION « ÉLIMINATION VÉSICALE ET INTESTINALE (É) »

ÉLIMINATION VÉSICALE ET INTESTINALE (É)	Observations / Interventions	N	J	S	Observations / Interventions	N	J	S
	Abdomen (Inspection/palpation) N _____ / _____ J _____ / _____ S _____ / _____				Fréquence/aspect des selles : N _____ / _____ J _____ / _____ S _____ / _____ N : normales SL : semi-liquides M : molles L : liquides D : dures Sg : sang*			
	<input type="checkbox"/> péristaltisme / <input type="checkbox"/> présence gaz							
	Sonde rectale				Date de la dernière selle : _____			
	Stomie _____ Aspect de la stomie : _____				Aspect urine : N _____ J _____ S _____ 1 : citrin 2 : concentrée 3 : rosée 4 : hématurie* 5 : trouble* 6 : Autre : _____			
	Mode d'élimination : N _____ J _____ S _____ 1 : toilette 2 : chaise d'aisance 3 : bassine/urinal 4 : culotte d'incontinence 5 : culotte de protection				Sonde (type et #) _____ <input type="checkbox"/> installée* <input type="checkbox"/> en place <input type="checkbox"/> cessée			
	Degré d'autonomie : N _____ J _____ S _____ 1 : autonome 2 : aide partielle 3 : aide totale				<input type="checkbox"/> cathétérisme* <input type="checkbox"/> Bladder Scan*			
	Incontinence (de novo*) <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> fécale							
	Inspection abdomen : 1 : Plat 2 : Concave 3 : Convexe 4 : Protubérant Palpation abdomen : Sp : Souple Ri : Rigide							

- **Abdomen (inspection/palpation) :** Indiquer l'inspection et la palpation de l'abdomen de l'utilisateur selon la légende. Si l'abdomen est distendu, rédigez une note complémentaire.
- **Péristaltisme et présence de gaz :** Indiquer s'il y a présence de péristaltisme ou présence de gaz en cochant la case appropriée. Si présence d'anormalités, rédigez une note complémentaire.
- **Sonde rectale :** Apposer vos initiales dans la case si présence d'une sonde rectale en place.
- **Stomie :** Préciser le type (ex. : iléostomie, néphrostomie, colostomie, etc.).
- **Aspect de la stomie :** Préciser l'état de la stomie (ex. : intact, rouge etc.).
- **Mode d'élimination :** Incrire 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 :** Incrire le degré d'autonomie sur la ligne correspondant au quart de travail, selon la légende.
- **Incontinence fécale (de novo*) :** Apposer vos initiales dans la case appropriée si l'incontinence est connue. Si l'incontinence est *de novo*, rédiger une note complémentaire. Ne s'applique pas au patient intubé inconscient.
- **Fréquence et aspect des selles :** Incrire le nombre et l'aspect des selles de l'utilisateur sur la ligne correspondant au quart de travail, selon la légende.

- **Date de la dernière selle** : Inscrire la date de la dernière selle.
- **Aspect urine** : Inscrire l'aspect de l'urine 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.
- **Cathétérisme/Bladder scan*** : Rédiger une note et y inscrire l'heure à laquelle le *bladder scan* et/ou le *cathétérisme* a été fait ainsi que le nombre de ml mesuré.

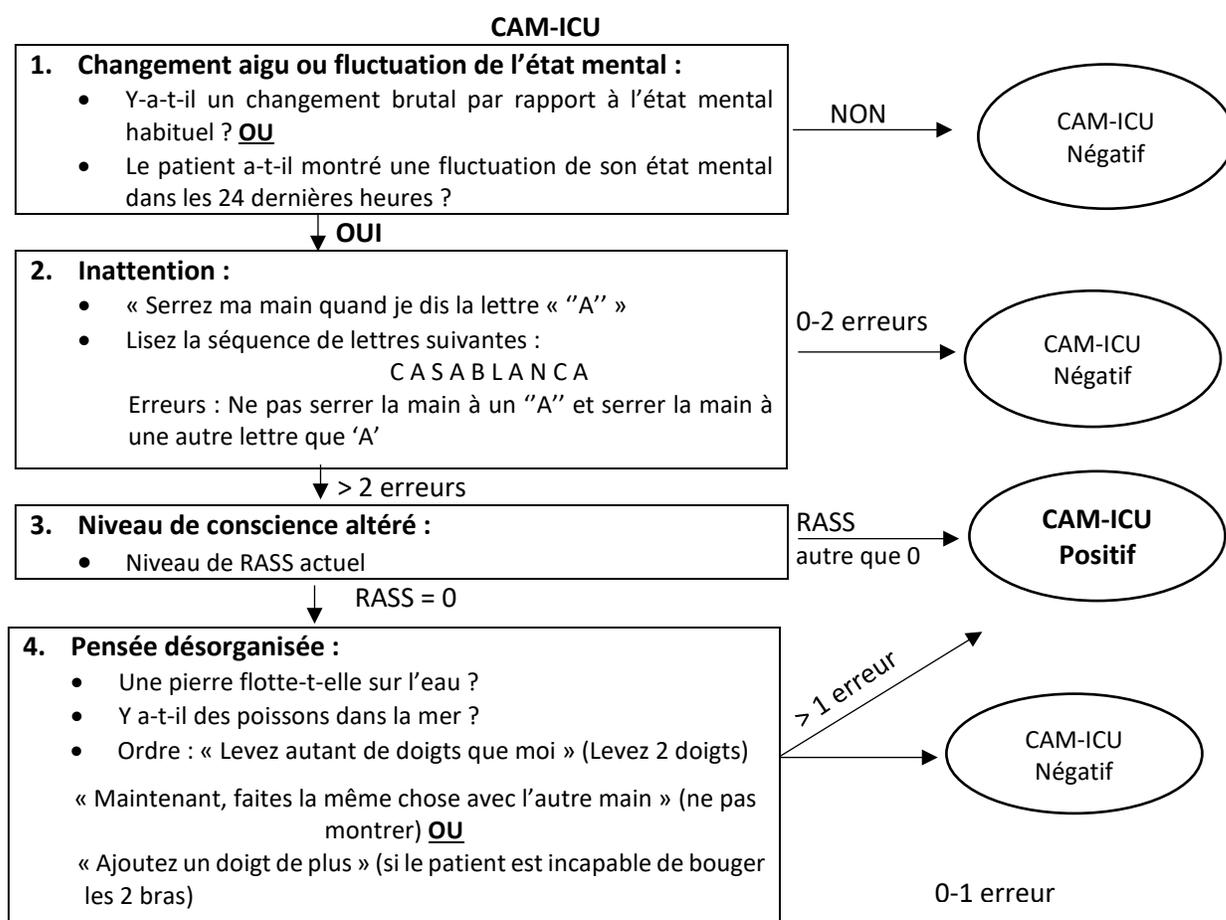
SECTION « ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL (E)² »

ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENT (E)	Observations / Interventions	N	J	S	Observations / Interventions	N	J	S
	État de conscience : <input type="checkbox"/> alerte <input type="checkbox"/> anormal*				Organisation / opérations de la pensée			
	Orientation (temps/espace)				Mémoire			
	Apparence				Perception			
	Comportement				Jugement / Autocritique			
	Humeur / Affect				Dépistage du délirium <input type="checkbox"/> RADAR (si positif*) <input type="checkbox"/> CAM* <input type="checkbox"/> CAM-ICU*			

- **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 (temps et espace), apposer vos initiales dans la case. Si non, rédiger une note complémentaire.
- **Apparence** : Si l'apparence est sans particularité, apposer vos initiales dans la case. Si non, rédiger une note complémentaire. Cette composante de l'état mental² comprend l'apparence physique, la présentation générale, l'expression faciale, le contact visuel et l'attitude.
- **Comportement** : Si le comportement est sans particularité, apposer vos initiales dans 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, apposer vos initiales dans la case. Si non, rédiger une note complémentaire.
- **Langage** : Si le langage est sans particularité, apposer vos initiales dans 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, apposer vos initiales dans la case. Si non, rédiger une note complémentaire.
- **Organisation/opération de la pensée** : Si l'organisation/opération de la pensée sont sans particularité, apposer vos initiales dans 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, apposer vos initiales dans la case. Si non, rédiger une note complémentaire.

² 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.](#)

- **Jugement/autocritique/planification/organisation** : Si le jugement/autocritique/planification/organisation sont sans particularité, apposer vos initiales dans la case. Si non, rédiger une note complémentaire.
- **Dépistage du délirium** : Dépistage/évaluation selon les outils de l'établissement (CAM/ CAM-ICU) : Protocole interdisciplinaire (PID-13), *Prévention, évaluation et suivi du delirium en milieu hospitalier et outil de dépistage*.
 - **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**. N.B. S'applique à l'utilisateur non intubé.
 - **CAM/ CAM-ICU** : 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).



Ely, E.W. (2016). Confusion assessment method in the ICU.

SECTION « SOMMEIL (S) »

SOMMEIL (S)	Observations / Interventions	N	J	S	Observations/Interventions	N	J	S
	Semble dormir lors des tournées				Repos/sieste (Durée : J _____ S _____)			
	Sommeil sans particularité							

- **Semble dormir lors des tournées** : Apposer vos initiales si applicable.
- **Sommeil sans particularité** : Apposer vos initiales s'il y a équilibre entre les périodes d'éveil et sommeil chez l'utilisateur. Sinon, rédiger une note complémentaire en précisant les particularités observées.
- **Repos/sieste** : Apposer vos initiales si l'utilisateur fait une sieste ou se repose de jour ou de soir et préciser la durée approximative des siestes.

SECTION « INGESTA – EXCRÉTA »

INGESTA										EXCRETA					
Heure	R :	R :	R :	R :	R :	R :	R :	Total S.OP.	Remarques	Heure					Remarques
23 h 30										23 h 30					
00 h 30										00 h 30					
01 h 30										01 h 30					
02 h 30										02 h 30					
03 h 30										03 h 30					
04 h 30										04 h 30					
05 h 30										05 h 30					
06 h 30										06 h 30					
Total										Total					

INGESTAS (ML) : Quantité de liquide que le client a reçu durant les 24 heures.

- **PO/gavage/perfusion IV :** Inscrire pour chaque colonne la voie d'administration qui sera la même pour les 24 h. Ainsi, 1^{re} colonne indiquant PO (per os), 2^e indiquant gavage ou levine, autres perfusions IV avec un numéro correspondant à la nature du soluté et son débit dans la colonne des remarques.
 - Inscrire la quantité de liquide pris par le client selon l'heure.
 - **Ces perfusions doivent apparaître sur le profil pharmacologique ainsi que tout changement de débit de façon détaillée.**
 - Inscrire la quantité de soluté restante à la fin du quart de travail dans les autres cases vides du quart de travail suivant. (R : ___)
 - **C :** Inscrire perfusion ou gavage cessé.
 - **Total SOP :** S'il y a lieu, indiquer vis-à-vis l'heure de l'intervention les ingestas reçus pendant l'opération (se retrouve dans la section chirurgie du dossier médical).
 - **REMARQUES :** Inscrire dans cette colonne les particularités selon l'heure correspondante.
 - Ex. : Culot débuté à ___ h
 - H₂O ou NaCl en irrigation

*** Ne pas oublier d'inscrire tout produit sanguin administré ainsi que la quantité de rinçage.

EXCRÉTAS (ML) : Quantité de liquide que le client a éliminé durant les 24 heures.

- **Urine :** Quantité d'urine éliminée par le client selon l'heure correspondante.
- **Diarrhée :** Quantité de selles éliminées par le client selon l'heure correspondante.
- Incrire toutes les autres voies d'élimination, s'il y a lieu (ex. : JP, DT, VAC, drain péricardique, etc.). Incrire les quantités éliminées selon l'heure correspondante.
- **REMARQUES :** Incrire dans cette colonne les particularités selon l'heure correspondante.
Ex. : Lasix IV 40 mg ou miction perdue (MP)
- S'il y a lieu, indiquer vis-à-vis l'heure de l'intervention chirurgicale les excréta de l'opération (se retrouve dans la section chirurgie du dossier médical).
- Ne pas oublier de quantifier et d'inscrire le volume retiré lors des séances d'hémodialyse.

CUMULATIF 24 H :

- Calculer la différence entre le total des ingestas/excrétas de la journée. Déterminer et indiquer si l'utilisateur est en bilan positif ou négatif.

Ex. : Ingestas total 24 h : 2000 cc, Excrétas total 24 h : 1000cc, Cumulatif 24 h = + 1000 cc.

BILAN CUMULÉ X ADMISSION :

- Cette rubrique doit être complétée sur la feuille de dosage du jour suivant l'admission aux SIC afin de faire un suivi rigoureux sur le bilan I/E de l'utilisateur durant son séjour aux SIC.

Ex. : Usager admis aux SIC à 15 h, le 13 juin.

À 23 h, bilan du « 24 h » incluant les IV de la SOP et produits sanguins transfusés :
Ingesta : 3 000 ml et Excréta : 2 800 ml donc total : + 200 ml.

On doit inscrire dans la case du bilan cumulatif x admission sur la prochaine feuille de dosage du 14 juin : + 200 ml.

À 23 h, le 14 juin, bilan des 24 h donne : + 300. On inscrira au bilan cumulé depuis l'admission de la prochaine feuille de dosage : + 500 ml et ainsi de suite pour le séjour de l'utilisateur aux SIC.

RÉFÉRENCES

- Brassard, Y. (1995). *Apprendre à rédiger des notes d'observation au dossier (2^e ed.)*. Loze-Dion.
- Brûlé, M. et Cloutier, L., (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Éditions du Nouveau Pédagogique, p.363 et 651.
- Burke, L.J. et Murphy, J. (1988). *Charting by exception: A cost-effective, quality approach*. Harwal Publishing Company, Media, Pennsylvania.
- CISSS de Laval. (2016). *Documentation en soins infirmier au dossier de l'utilisateur*. Règle de soins infirmiers (RSI-015).
- CISSS de Laval (2019). *Guide de complétion du formulaire Notes évolution soins infirmiers*. Direction des soins infirmiers : Comité de documentation.
- Charland, S et al. (2003). *Manuel d'utilisation du bilan des 24 heures*. Hôpital Sainte-Justine. Québec.
- Cloutier, L. (2010). Révision de l'examen de la fonction respiratoire chez l'adulte. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/img/publications/perspective_infirmieres/2010_perspective_infirmiere_vol7_n6/09_examen_respiratoire.pdf
- Giddens, J.F. et Langford, R.W. (2005). *Le guide d'information pratique en soins infirmiers*. Beauchemin Éd., p. 42.
- Grunfeld, Jean-Pierre. (1994). *Dictionnaire de médecine*. Flammarion, p. 29-30.
- Enggland, E. T., Heinemann. (1994). *Nursing documentation: Charting, recording and reporting*. J.B. Lipincott Company Philadelphia.
- Federwisch, A. (1998). *Charting: your way to valid outcomes*. Nurse Week Web.
- Le Garnier Delamare. (1995). *Dictionnaire des termes de médecine*, Maloine, 24^e édition, p. 248.
- Lemire, M.P., Di Chiara, A., Gariépy, S. et Lavallée, F. (2004). *Guide de rédaction pour compléter les notes d'observations quotidiennes de l'infirmière aux soins intensifs*. CISSS de Laval.
- Lyer, P., W. (1991). *Nursing documentation: a nursing process approach*. St-Louis; Toronto. Mosby Yearbook.
- Potter, Patricia A. et Perry, Anne G. (1990). *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Ottawa : ERPI, p. 1564-1567.
- Tucker, S.M. (1988). *Patient care standards: Nursing process, diagnosis, and outcomes (4th Ed.)*. The Mosby Company.

ANNEXE A

*OBSERVATIONS QUOTIDIENNES DE L'INFIRMIÈRE
AUX SOINS INTENSIFS*

Direction des soins infirmiers
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Hôpital de la Cité-de-la-Santé
1755, boulevard René-Laennec
Laval (Québec) H7M 3L9
Téléphone : 450 668-1010

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval**

Québec 