



MOCLI60024

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

NOTE D'ÉVOLUTION EN SOINS INFIRMIERS CHIRURGIE MINEURE

VÉRIFICATION, PRÉPARATION ET INTERVENTION

Date : _____	Début : _____	Fin : _____	Site opératoire : _____
Prémédication : _____			☐ Gauche ☐ Droit ☐ Bilatéral
Anesthésie : ☐ Locale ☐ Aucune			
Diagnostic préopératoire : _____			
Intervention proposée : _____			
Intervention effectuée : _____			
Médecin traitant : _____		Spécialité : _____	
Infirmière externe : _____		Infirmière auxiliaire : _____	
☐ Électrocautère : _____		Emplacement du pad : _____	
☐ Garrot : ☐ Doigt : _____ ☐ Bras ☐ Jambe		☐ Gauche ☐ Droit	
Début : _____		Fin : _____ Pression : _____ Installé par : _____	

LISTE DE VÉRIFICATION SÉCURITAIRE (éléments vérifiés ☒)

Procédure initiale	Temps d'arrêt	Procédure finale
☐ Double identification de l'utilisateur	☐ Bon usager (confirmation avec dossier)	☐ Vérification champ stérile
☐ Consentement verbal	☐ Confirmation du site opératoire par l'utilisateur et le chirurgien	☐ Spécimen de pathologie dans le pot
☐ Confirmation du site opératoire par l'utilisateur	☐ Bonne intervention (vérification avec le consentement opératoire)	☐ Prélèvement(s) identifié(s)
☐ Allergies : _____	☐ Allergies : _____	☐ Étiquettes sur les contenants
☐ Site chirurgical identifié par une marque distinctive		
☐ Prise anticoagulant		
Dernière prise : _____		
Signature : _____	Signature : _____	Signature : _____
Date : _____	Date : _____	Date : _____

PANSEMENTS

NOTES COMPLÉMENTAIRES

SUIVI

Pathologie prélevée : ☐ Oui ☐ Non	Nombre de pot(s) : _____ Autre : _____
Départ : ☐ Prescriptions remises	☐ Recommandations postopératoires données ☐ Feuillet remis : _____
Quitte : ☐ Seul ☐ Accompagné	Rendez-vous de suivi : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ aaaa/mm/jj