

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 Aaaa-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 Aaaa-MM
 Nom de la mère : _____

TRANSMISSION D'INFORMATION RAPPORT ÉCRIT INTER-UNITÉ

Âge : _____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie(s) : _____

I: Identification D: diagnostic E: Évaluation A: Action

I	Hospitalisé au nom de Dr _____			
	Provenance de l'utilisateur (# de civière / chambre) : _____		Unité : _____	
	Destination de l'utilisateur (# de civière / chambre) : _____		Unité : _____	
	Précautions additionnelles (PCI) : ☐ Oui ☐ Non, précisez : _____			
D	Diagnostic principal : _____			
	Antécédents principaux : ☐ Diabète ☐ HTA ☐ MCAS ☐ Délirium			
	☐ Insuffisance rénale ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Démence			
	☐ MPOC ☐ Autre(s) : _____			
E	État cognitif	Mobilisation	Voie veineuse	Traitements
	☐ Alerte	☐ Repos au lit	☐ Périphérique ☐ Centrale	☐ Pansement(s) :
	☐ Orienté	☐ Seul	☐ Soluté :	Site :
	☐ Désorienté	☐ Aide _____ personne(s)		☐ Télémétrie
	☐ Agité	☐ Aide technique :	☐ Salin lock :	☐ Drain(s)
	☐ Agressif		☐ Pompe volumétrique	☐ Autres :
	Particularités		Médicaments PRN ou STAT reçus (derniers 2 heures)	
	☐ SV : TA : _____ mmHg FC : _____ /min T° : _____ °C		Nom :	
	FR : _____ /min Sat : _____ % ☐ AA ☐ O ₂ : _____		Dosage :	
	☐ Douleur et autres symptômes :		Heure d'administration :	
			Nom :	
	☐ Risque de chute		Dosage :	
☐ Autres :		Heure d'administration :		
A	Consultations à venir	Examens diagnostiques à venir	Laboratoires	
			Résultats à recevoir	À faire ce jour
	Notes complémentaires			

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ aaaa-mm-jj Heure : _____ hh:mm