

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

NOTES D'OBSERVATION EN SOINS INFIRMIERS CLINIQUE EXTERNE D'HÉMATO-ONCOLOGIE

Date : _____ aaaa/mm/jj Poids : _____ kg Taille : _____ m # chaise : _____ # cycle : _____

Traitement : _____

HEURE	INITIALES	
hh:mm		ARRIVÉE
hh:mm		ALLERGIES : ☐ Aucune allergie
hh:mm		Mode d'arrivée : ☐ Ambulant ☐ Civière ☐ Chaise roulante
hh:mm		Accompagnateur : ☐ Oui ☐ Non Préciser le lien : _____
hh:mm		Provenance : ☐ Domicile ☐ Hospitalisé Autre : _____
hh:mm		Changement de médication : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
hh:mm		Changement de l'état de santé : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
hh:mm		☐ Préoccupations particulières : _____
hh:mm		☐ Produits naturels (aucun changement) ☐ Changement : _____
hh:mm		☐ Dépistage thrombophlébite Signes et symptômes : _____
hh:mm		SIGNES VITAUX
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Temp. : ° TA : mmHg FC : /min FR : /min Sat. : %
hh:mm		Auscultation pulmonaire : _____
hh:mm		☐ Herceptin ☐ Fraction d'éjection (q 3 mois) : _____ % Date du dernier examen : aaaa/mm/jj
hh:mm		☐ Avastin ☐ Protéine urinaire : _____ En date du : aaaa/mm/jj
hh:mm		LABOS
hh:mm		☐ Résultats : GB _____ HB _____ Plaq _____ Neutro _____ En date du : aaaa/mm/jj
hh:mm		Mg _____ Autres : _____ En date du : aaaa/mm/jj
hh:mm		☐ Prélèvements sanguins faits : _____ En date du : aaaa/mm/jj

Nom :

Prénom :

#Dossier :

HEURE	INITIALES	
hh:mm		☐ Cathéter installé : Calibre : ☐ 20G ☐ 22G ☐ 24G Site : ☐ Droit ☐ Gauche Nb de tentative(s)* : _____
hh:mm		☐ Cathéter déjà en place, date d'installation : _____ Calibre : ☐ 20G ☐ 22G ☐ 24G Site : ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Autre : _____
hh:mm		☐ Retour veineux (cathéter perméable)
hh:mm		☐ Cathéter non-perméable retiré → ☐ Extravasation ☐ Réinstallé (voir notes)
hh:mm		☐ Fin de traitement : ☐ Cathéter retiré ☐ Site intact ☐ Particularités : _____
hh:mm		☐ Usager quitte, cathéter laissé en place et irrigué avec NaCl 0,9 %
hh:mm		☐ Site : ☐ Bras droit ☐ Bras gauche Apparence du site : ☐ Site intact ☐ Particularités : _____
hh:mm		☐ Apparence de la peau : ☐ Intacte ☐ Particularités : _____
hh:mm		☐ Irrigation voies du cathéter avec 10 mL NaCl 0,9 % : ☐ Pré-labo ☐ Pré-traitement
hh:mm		☐ Retour veineux ☐ Résistance à l'irrigation : ☐ Voie blanche ☐ Voie rouge
hh:mm		☐ Douleur à l'irrigation ☐ Aucun retour veineux
hh:mm		☐ Vérification du positionnement du cathéter ☐ Radiographie pulmonaire ☐ Autres : _____
hh:mm		☐ Irrigation voies du cathéter avec 20 mL NaCl 0,9 % ☐ Post-traitement ☐ Pré-pompe élastomérique
hh:mm		☐ Irrigation voies du cathéter avec 20 mL NaCl 0,9 % : ☐ Post-labo
hh:mm		☐ Mesure de la sortie externe du cathéter : _____ cm
hh:mm		☐ Retrait du Picline (compresse stérile, gelée de pétrole stérile et pellicule transparente pour 24 heures)
hh:mm		→ ☐ Ordonnance collective Altéplase, initiée le : _____ ☐ Perméable ☐ Non-perméable
hh:mm		☐ Réfection du pansement Picline faite selon la méthode de soins
hh:mm		☐ Désinfection : ☐ Picline ☐ Tige montée de chlorhexidine 2 % et alcool 70 % ☐ NaCl 0,9 % ☐ PAC (DAVSC) ☐ Tige montée de chlorhexidine 0,5 % et alcool 70 % ☐ Tige montée de chlorhexidine 2 % aqueuse ☐ Povidone iodine 10 % (2 à 3 minutes) ou alcool 70 %
hh:mm		☐ Application film protecteur cutané non irritant (de type cavillon)
hh:mm		☐ Points de sutures : ☐ Aucun ☐ 1 ☐ Autres : _____ ☐ Retirés
hh:mm		☐ Statlock ☐ Autre : _____ ☐ En place et retiré ☐ Réinstallé
hh:mm		☐ Pellicule adhésive transparente avec dispositif de fixation intégré (de type Tegaderm IV Advanced)
hh:mm		☐ Pansement transparent en acrylique ET pellicule adhésive transparente avec dispositif de fixation intégré
hh:mm		☐ Dispositif de fixation ET pansement mousse mince avec adhésif en silicone et référence CLSC
hh:mm		☐ Pansement sec et référence CLSC ☐ Test cutané et référence CLSC
hh:mm		☐ Site : ☐ Sous-clavière droit ☐ Sous-clavière gauche ☐ Site intact ☐ Particularités : _____
hh:mm		☐ Aiguille de type Huber installée selon méthode de soins : ☐ 19G 1 po ☐ 20G ¾ po ☐ 20G 1 po ☐ Autre : _____
hh:mm		☐ Irrigation du Port-A-Cath avec 10 mL NaCl 0,9 % : ☐ Pré-labo ☐ Pré-traitement
hh:mm		☐ Retour veineux ☐ Résistance à l'irrigation ☐ Retour veineux difficile
hh:mm		☐ Inconfort à l'irrigation ☐ Aucun retour veineux
hh:mm		☐ Vérification ☐ Perméabilité du cathéter en radiologie ☐ Autre : _____
hh:mm		☐ Irrigation du Port-A-Cath avec 20 mL NaCl 0,9 % ☐ Post-traitement ☐ Pré-pompe élastomérique ☐ Post-labo
hh:mm		☐ Irrigation et verrouillage avec héparine selon AMC-DSIEU-6086
hh:mm		☐ Aiguille de type Huber laissée en place → ☐ Pompe élastomérique ☐ Autre cause : _____
hh:mm		☐ Pincettes du dispositif de l'aiguille de type Huber (GRIPPER) : ☐ Ouvertes ☐ Fermées
hh:mm		☐ Retrait de l'aiguille de type Huber ☐ Pansement stérile en place pour 24 heures
hh:mm		→ ☐ Ordonnance collective Altéplase, initiée le : _____ ☐ Perméable ☐ Non-perméable

* Se référer à la Grille d'évaluation des besoins et du réseau veineux

Nom :

Prénom :

#Dossier :

HEURE	INITIALES									
		RETOUR VEINEUX PER-TRAITEMENT	Heure	Initiales	Heure	Initiales	Heure	Initiales	Heure	Initiales
			hh:mm		hh:mm		hh:mm		hh:mm	
			hh:mm		hh:mm		hh:mm		hh:mm	
			hh:mm		hh:mm		hh:mm		hh:mm	
hh:mm		EXTRAVASATION	☐ Extravasation : ☐ DAVP ☐ DAVC ☐ DAVSC ☐ Droit ☐ Gauche							
hh:mm			☐ Référer au formulaire CLI-60458							
hh:mm			☐ Enseignement effectué et fiche remise : _____							
hh:mm		DIURÈSE	☐ Excreta de _____ mL suite au diurétique							
hh:mm			☐ Excreta de _____ mL pré cisplatine							
hh:mm		DIVERS	☐ Application de glace mains-pieds (DOCÉTAXEL/TAXOTÈRE)							
hh:mm			☐ Vérifier présence de neuropathies							
hh:mm			☐ Application de chaleur sur le membre supérieur : ☐ Droit ☐ Gauche Raison : ☐ Douleur ou irritation de la veine ☐ Problème de réseau veineux ☐ Autre : _____							
hh:mm										
hh:mm		SOLUTÉS ET RINÇAGE	☐ NaCl 0,9 % ☐ Débit : _____							
hh:mm			☐ D 5 % ☐ Débit : _____							
hh:mm			☐ 25 mL NaCl 0,9 % ou ☐ D 5 % ☐ Rinçage au même débit, après chaque administration de médicament							
hh:mm			☐ 125 mL NaCl 0,9 % (VINORELBINE, VINBLASTINE et VINCISTINE) → (25 mL au même débit que ces agents)							
hh:mm		HYDRATATION	☐ NaCl 0,9 % + 20 KCl Quantité administrée : _____ mL ☐ Pré ☐ Per ☐ Post							
hh:mm			☐ NaCl 0,9 % Quantité administrée : _____ mL ☐ Pré ☐ Per ☐ Post							
hh:mm			☐ Autres solutés : _____ Quantité administrée : _____ mL ☐ Pré ☐ Per ☐ Post							
hh:mm			☐ Particularités : _____							

ADMINISTRATION D'AGENTS ANTINÉOPLASMIQUES EN SOUS-CUTANÉ OU EN INTRA-MUSCULAIRE

☐ Vidaza (azacitidine) ☐ Velcade (bortézomib) ☐ Autre : _____

	Jour	# du site d'injection	Date et heure	Commentaires	Initiales
	Jour 1		aaaa/mm/jj hh:mm		
	Jour 2		aaaa/mm/jj hh:mm		
	Jour 3		aaaa/mm/jj hh:mm		
	Jour 4		aaaa/mm/jj hh:mm		
	Jour 5		aaaa/mm/jj hh:mm		
	Jour 8		aaaa/mm/jj hh:mm		
	Jour 9		aaaa/mm/jj hh:mm		
	Jour 15		aaaa/mm/jj hh:mm		
	Jour 22		aaaa/mm/jj hh:mm		

HEURE	INITIALES	SUIVI INFIRMIER	
hh:mm		SUIVI	☐ Traitements inscrits dans le <i>PASSEPORT EN ONCOLOGIE</i> ☐ Passeport oublié par l'utilisateur
hh:mm			☐ Rappel de la mise à jour de la médication à domicile dans le <i>PASSEPORT EN ONCOLOGIE</i>
hh:mm			☐ Contact fait avec l'équipe des soins à domicile/services courants du CLSC
hh:mm			☐ Requête CLSC envoyée : ☐ Pompe élastomérique ☐ Lapelga ☐ Gastrofil ☐ Autre : _____
hh:mm			☐ Rappel du prochain rendez-vous : _____
hh:mm		POMPE ÉLASTOMÉRIQUE	☐ Effets indésirables ou toxiques à surveiller expliqués à l'utilisateur et ses proches
hh:mm			☐ Médicaments prescrits en cas d'effets indésirables
hh:mm			☐ Matériel et explications remis pour déversement à domicile
hh:mm			☐ Usager avisé de prendre rendez-vous au CLSC pour le retrait de la pompe élastomérique
hh:mm		LORS DU PREMIER TRAITEMENT	☐ Consentement signé
hh:mm			☐ Vidéo regardé : ☐ Accueil ☐ Oxaliplatine ☐ Autre : _____
hh:mm			☐ Passeport en oncologie expliqué
hh:mm			☐ Explications sur la procédure des prises de sang avant chaque traitement
hh:mm			☐ Documentation remise
hh:mm			☐ Rencontre avec pharmacien Nom : _____
hh:mm		AUTRES	☐ Enseignement fait sur : ☐ Hyperthermie ☐ Nausée/Vomissement ☐ Anxiété/Dépression ☐ Hygiène buccale ☐ Hydratation ☐ Fatigue ☐ Perte d'appétit ☐ Constipation ☐ Douleur ☐ Insomnie ☐ Diarrhée ☐ Autre : _____

NOTES COMPLÉMENTAIRES			
hh:mm		DÉPART	Mode de départ : ☐ Ambulant ☐ Chaise roulante ☐ Civière/Lit ☐ Ambulance
hh:mm			Accompagnateur : ☐ Oui ☐ Non Préciser le lien : _____
hh:mm			☐ Retour à l'unité de soins et feuillet de précautions remis

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE