

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

SOINS PALLIATIFS – NOTES D'ÉVOLUTION

BILAN 24 HEURES

Date : ____/____/____

SYMPTÔMES (SX)		Nuit		Jour		Soir	
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
1. ÉTAT DE CONSCIENCE	1 : Hyperalerte 2 : Alerté 3 : Somnolent / éveil facile 4 : Somnolent / éveil stimulation 5 : Comateux						
2. ÉTAT MENTAL	1 : Orienté 2 : Désorienté 3 : Discours incohérent 4 : Agité						
3. DYSPNÉE	1 : Aucune 2 : À l'effort 3 : À la parole 4 : Au repos						
4. TOUX	1 : Aucune 2 : Sèche 3 : Grasse non productive 4 : Grasse productive						
5. RÂLES	1 : Absence 2 : Modérés 3 : Sévères						
6. CAVITÉ BUCCALE	1 : Saine 2 : Sèche 3 : Douleur 4 : Odeur 5 : Croûte/dépôt 6 : Lésions 7 : Lèvres gercées						
7. ALIMENTATION HYDRATATION	1 : Normale 2 : Diminuée 3 : Quelques gorgées 4 : Ne s'alimente plus						
8. NAUSÉE	1 : Absence 2 : Présence						
9. VOMISSEMENT	1 : Absence 2 : Présence						
10. HOQUET	1 : Absence 2 : Présence						
11. FONCTION INTESTINALE	1 : Continence 2 : Incontinence → Surveiller et documenter Grille d'élimination intestinale						
12. FONCTION VÉSICALE	1 : Continence 2 : Incontinence 3 : Dysurie 4 : Anurie 5 : Sonde urinaire						
13. PEAU	1 : Saine 2 : Rougeur/lésion/plaie → Documenter CLI-60238 Suivi de soins de plaies						
14. MOBILITÉ	1 : Complète 2 : Réduite 3 : Surtout assis/couché 4 : Surtout alité 5 : Toujours au lit Aide transfert/marche : _____ Aide technique : _____						
15. SOMMEIL	1 : Régulier 2 : Intermittent 3 : Perturbé 4 : Insomnie						
Initiales :							

Référence : Victoria Hospice Society (2001). Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2).

#Dossier :

LÉGENDE – DOULEUR			
SITES DE LA DOULEUR :	PROVOQUÉE PAR :	QUALITÉ :	
A : _____	M : Mouvement	1) Élançante, lancinante	2) Coupante, transperçante
_____	R : Repos	3) Picotement, démangeaison	4) Martèlement, cognement
B : _____	P : Palpation	5) Pulsation, battement	6) Chaleur, brûlure
_____	T : Traitement	7) Pincement, pesanteur, crampe	8) Tiraillement, torsion
C : _____	A : Autres	9) Autres : _____	
_____	INTENSITÉ : Échelle numérique de 0 à 10	NON VERBAL (INDICATEURS) :	
G : Généralisée	SOULAGEMENT : A : Aucun P : Partiel T : Total	1) Aucun	2) Faciès crispé
		3) Sanglots	4) Gémissements
		5) Agitation	6) Rigidité

[illegible]

PQRSTU = **P** : Provoquer/Pallier **Q** : Qualité/Quantité **R** : Région/Irradiation **S** : Signes/Symptômes associés **T** : Temps **U** : Compréhension

[illegible]

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE