

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

SIGNES NEUROVASCULAIRES

- Consignes :**
- Compléter si condition particulière ou suivi nécessaire ou ordonnance médicale
 - Comparer les deux côtés
 - Documenter la note d'observations infirmière et le PTI si condition particulière ou suivi nécessaire

*Voir légende au verso

DATE	aaaa	MOIS-JOUR (mm/jj)											
Gauche (G) Droit (D)		HEURE (hh:mm)											
Coloration	Normale (N)	Membres supérieurs	G										
	Pâle (P)		D										
	Cyanosée (C)	Membres inférieurs	G										
	Marbrée (M)		D										
Chaleur	Chaude (C)	Membres supérieurs	G										
	Tiède (T)		D										
	Froide (F)	Membres inférieurs	G										
			D										
Mobilité	Présente (P)	Membres supérieurs	G										
	Faible (F)		D										
	Absente (A)	Membres inférieurs	G										
			D										
Sensibilité	Présente (P)	Membres supérieurs	G										
	Faible (F)		D										
	Absente (A)	Membres inférieurs	G										
	Engourdissements (E)		D										
Pulsation*	Palpable (P)	Pouls	G										
	Faible (F)	(site) _____	D										
	Non palpable (NP)	Pouls	G										
	Bondissant (B)	(site) _____	D										
	☐ Doppler portatif	Pouls	G										
	Audible (A)	(site) _____	D										
	Non audible (NA)	Site : Radial (R) Brachial (B) Pédieux (P) Tibial post. (TP) Fémoral (F) Autre (spécifiez)											
Remplissage capillaire*	Normal (N)	Membres supérieurs	G										
	Anormal (A)		D										
		Membres inférieurs	G										
			D										
Œdème*	Absent (A)	Membres supérieurs	G										
	Présent (P)		D										
	Godet (G)	Membres inférieurs	G										
			D										
			☒ NOTES/PTI										
			INITIALES										

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

Nom :

Prénom :

Dossier :

LÉGENDE

Pulsation

Pouls artériels périphériques : La palpation des pouls pédieux et tibiaux droit et gauche doit être faite simultanément.

Remplissage capillaire

Procédé :
- Comprimer le lit de l'ongle durant 4 ou 5 secondes;
- Relâcher la pression et observer en combien de secondes l'ongle retrouve sa coloration rosée.

Facteurs confondants pouvant modifier la mesure du temps de remplissage capillaire (TRC) : Hypothermie, température ambiante, le fait de fumer dans l'heure précédant l'examen, luminosité ambiante.

Normal (N) → Inférieur ou égal à 3 secondes

Anormal (A) → Supérieur à 3 secondes

Oedème

En présence d'œdème, d'un gonflement de la cheville, de la jambe, de la cuisse, de la main ou du bras, ou s'il y a apparence d'asymétrie entre les membres supérieurs ou les membres inférieurs, la mesure des dimensions exactes devra être documentée au dossier de l'utilisateur.

Références : Doyon, O. et Longpré, S. (2016), Évaluation clinique d'une personne symptomatique. Pearson ERPI.