

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

EXAMEN CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE CLIENTÈLE GÉRIATRIQUE COVID-19

Signes et symptômes associés à la COVID-19	
Symptômes du groupe A (les plus fréquents) : ☐ Fièvre (37,6°C ou une élévation de 0,5°C de la température basale habituelle du résident) ☐ Toux récente ou chronique exacerbée ☐ Difficulté respiratoire / essoufflement ☐ Anosmie (<i>perte d'odorat subite sans congestion avec ou sans perte de goût</i>)	Symptômes du groupe B (au moins 2 symptômes) : ☐ Douleurs musculaires ☐ Maux de tête ☐ Fatigue intense ☐ Nausées / Vomissements ☐ Importante perte d'appétit ☐ Maux de gorge ☐ Diarrhée ☐ Rhinorrhée Autres symptômes : _____
ANAMNÈSE	
Malaises dominants	
P : Provoqué-Pallié (facteurs aggravants, facteurs d'amélioration)	
Q : Qualité-Quantité (description /intensité/impact sur l'autonomie)	
R : Région-irradiation	
S : Signes et symptômes associés	
T : Temps-durée-intermittence	
U : <i>Understand</i> signification pour la personne	
EXAMEN PHYSIQUE	
Inspection	
Évaluation de l'état mental Capacité d'attention : ☐ Attentif ☐ Non attentif État de conscience : ☐ Hyperalerte ☐ Alert ☐ Léthargique (<i>verbal</i>) ☐ Stuporeux (<i>physique</i>) ☐ Comateux	Signes gériatriques atypiques * Perte brusque d'autonomie (<i>moins de 1 sem.</i>) : ☐ Oui ☐ Non Changement brusque de l'état mental (<i>moins de 1 sem.</i>) : ☐ Oui ☐ Non Changement brusque de comportement (<i>nouveau comportement ou arrêt d'un comportement</i>) (<i>moins de 1 sem.</i>) : ☐ Oui ☐ Non * Si Oui à l'une de ces questions : Éliminer une condition de santé aiguë. Si aucune cause aiguë identifiée, considérer la personne comme étant un cas suspecté et transférer dans la zone tiède, le cas échéant.
Signes vitaux : Pouls : _____ /min TA : _____ / _____ mmHg Temp. : _____ °C (<i>Fièvre si T° buccale ou rectale égale ou supérieure à 37,6°C ou si élévation de 0,5°C de la T° basale habituelle</i>) Respiration : → Fréquence : _____ /min (si supérieure ou égale à 25/min = signes d'infection) → Type : ☐ Thoracique ☐ Abdominal → Amplitude : ☐ Normale ☐ Profonde ☐ Superficielle → Rythme : ☐ Régulier ☐ Irrégulier Coloration (<i>péribuccale et des extrémités</i>) : ☐ Normale ☐ Pâleur ☐ Cyanose ☐ Rougeur	

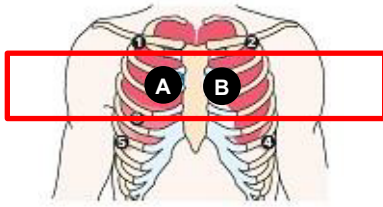
Nom :

Prénom :

#Dossier :

Auscultation**Face antérieure**

Présence d'un bruit anormal : ☐ Oui ☐ Non
 Nommer si possible : ☐ Sibilant ☐ Ronchis
☐ Bronche droite (A) ☐ Bronche gauche (B)

**Face postérieure**

Présence d'un bruit anormal : ☐ Oui ☐ Non
 Nommer si possible : ☐ Sibilant ☐ Crépitants
☐ Lobe inférieur droit (8) ☐ Lobe inférieur gauche (9)

**ÉVALUATION ET SUIVI CLINIQUE INFIRMIÈRE****Surveillance clinique des signes de délirium**

- Début soudain et fluctuation des symptômes (*changement marqué par rapport à l'état habituel*) ☐ Oui ☐ Non
- Inattention (*incapacité à suivre la conversation, à soutenir le regard, à dire les jours de la semaine, etc.*) ☐ Oui ☐ Non
- Désorganisation de la pensée (*Propos incohérent, décousus, passe d'un sujet à l'autre*) ☐ Oui ☐ Non
- Altération de l'état de conscience (*Hyperalerte, léthargique, stuporeux, comateux*) ☐ Oui ☐ Non

Si présence de critères 1 ET 2 avec 3 OU 4 = Urgence médicale

Surveillance des signes de détresse et d'efforts respiratoires

- | | | | |
|--|--|--|--|
| Fréquence cardiaque | ☐ 110/min et plus (2 pts) | ☐ 90-109/min (1 pt) | ☐ Normal (0 pt) |
| Fréquence respiratoire | ☐ 30/min et plus (2 pts) | ☐ 19-29/min (1 pt) | ☐ Normal (0 pt) |
| Agitation : mouvements non intentionnels | ☐ Fréquents (2 pts) | ☐ Occasionnels (1 pt) | ☐ Non (0 pt) |
| Respiration abdominale paradoxale | ☐ Oui (2 pts) | | ☐ Non (0 pt) |
| Tirage : utilisation des muscles accessoires | ☐ Intense (2 pts) | ☐ Modérée (1 pt) | ☐ Non (0 pt) |
| Grognelement fin respiration | ☐ Oui (2 pts) | | ☐ Non (0 pt) |
| Battements de ailes du nez | ☐ Oui (2 pts) | | ☐ Non (0 pt) |
| Regard effrayé | ☐ Oui (2 pts) | | ☐ Non (0 pt) |

Total : _____ pts Interprétation : 3 pts = Difficulté respiratoire légère 4-6 pts = Détresse modérée 7 pts et plus = Détresse sévère

Surveillance et prévention des signes de déshydratation

- | | |
|--|---|
| Eau fraîche ou autres breuvages peu accessible pour l'utilisateur | ☐ Oui ☐ Non |
| Sécheresse des muqueuses, absence de filet de salive sous la langue, lésions gencives/palais | ☐ Oui ☐ Non |
| Oligurie, urine foncée/malodorante, et ou diurèse inférieure à 800 mL/24h | ☐ Oui ☐ Non |
| Hypotension de novo | ☐ Oui ☐ Non |
| Aisselle sèche | ☐ Oui ☐ Non |
| Persistance du pli cutané au sternum ou au front | ☐ Oui ☐ Non |

Surveillance dénutrition

- | | |
|---|---|
| Prise alimentaire (plat principal) diminuée de 75 % au cours des 7 derniers jours | ☐ Oui ☐ Non |
| Perte de poids involontaire (2 % en 1 semaine, 5 % en 1 mois, 7,5 % en 3 mois) | ☐ Oui ☐ Non |
| IMC plus petit que 21 | ☐ Oui ☐ Non |

Surveillance des signes de détresse psychologique

- | | |
|---|--|
| Pleurs ☐ Oui ☐ Non | Anxiété ☐ Oui ☐ Non |
| Agitation ☐ Oui ☐ Non | Insomnie/hypersomnie ☐ Oui ☐ Non |

Prévention des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

- Appliquer les approches de base (*communication, validation, diversion, recadrage, stratégie décisionnelle, gestion du refus*)
- Si persiste malgré une approche adéquate : Identification des causes

PRISE DE DÉCISION INFIRMIÈRE

Médecin avisé : ☐ Oui ☐ Non Nom du médecin : _____
 Transfert zone tiède : ☐ Oui ☐ Non (*chambre individuelle, toilette dédiée, porte fermée, sinon garder distance de 2 m + barrière physique*)
 PTI complété : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Références : MSSS (2020). Coronavirus : Consignes pour les CHSLD.

MSSS (2021). Directive ministérielle CHSLD : DGAPA-007 REV2.

Philippe Voyer (2011). L'Examen clinique de l'ainé. Saint-Laurent; FMOQ (2020). Dr Tremblay

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ aaaa/mm/jj