

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 ADULTE COVID-19

Signes et symptômes associés à la COVID-19	
Symptômes du groupe A (les plus fréquents) : ☐ Fièvre ☐ Toux récente ou chronique exacerbée ☐ Difficulté respiratoire ☐ Anosmie (<i>perte d'odorat subit sans congestion avec ou sans perte de goût</i>)	Symptômes du groupe B (au moins 2 symptômes) : ☐ Douleurs musculaires ☐ Maux de tête ☐ Fatigue intense ☐ Importante perte d'appétit ☐ Maux de gorge ☐ Diarrhée Autres symptômes : _____
ANAMNÈSE	
Malaise dominant	
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 : Understand signification pour la personne	
EXAMEN PHYSIQUE	
Inspection	
Évaluation de l'état mental Capacité d'attention : ☐ Attentif ☐ Non attentif État de conscience : ☐ Hyperalerte ☐ Alerte ☐ Léthargique (<i>verbal</i>) ☐ Stuporeux (<i>physique</i>) ☐ Comateux	Signes atypiques * Perte brusque de l'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 d'abord une condition de santé aiguë. Si aucune cause aiguë identifiée, considérer la personne comme étant un cas probable.
Signes vitaux : Pouls : _____ /min TA : _____ / _____ Temp. : _____ °C (<i>Fièvre si T° supérieure ou égale à 38,0°C ou si augmentation de 1,1°C par rapport à la T° normale 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	

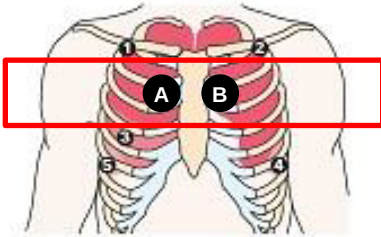
Nom :

Prénom :

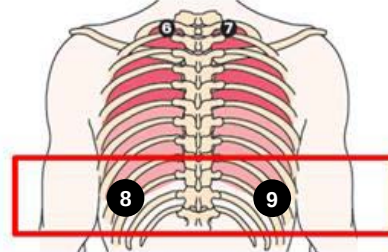
#Dossier :

EXAMEN PHYSIQUE (suite)**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 de la condition de santé selon les risques identifiés****Surveillance clinique de l'état de conscience**

Altération de l'état de conscience (*somnolence, confusion, désorientation*) ☐ Oui ☐ Non

Surveillance des signes de déshydratation

L'usager a-t-il bu entre les repas dans les 24 heures ☐ Oui ☐ Non
 Langue humide ☐ Oui ☐ Non
 Filet de salive sous la langue ☐ Oui ☐ Non
 Aisselle sèche ☐ Oui ☐ Non
 Test pli cutané (*sternal, frontal ou sous-claviculaire*) ☐ 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)

- S'assurer de l'application des 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*)
 Impression clinique : _____
 Dépistage : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
 PTI complété : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

NOTES COMPLÉMENTAIRE

Références : Adapté de MSSS. (2020). Coronavirus Covid-19. Consignes pour les CHSLD.

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____aaaa/mm/jj