

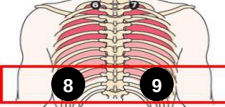
Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
 aaaa-mm-jj  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 aaaa-mm  
 Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## BILAN 24 HEURES SOINS INFIRMIERS COVID-19 – HORS HOSPITALIER

Consigne : Inscrire un \* pour référer aux sections « Notes complémentaires »

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       | Date  | aaaa/mm/jj | aaaa/mm/jj | aaaa/mm/jj |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------------|------------|
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       | Heure | hh:mm      | hh:mm      | hh:mm      |
| <b>Capacité d'attention</b>      | A = Attentif NA = Non attentif                                                                                                                                                                                                                        |       |            |            |            |
| <b>État de conscience</b>        | H = Hyperalerte A = Alerte S = Stupeur L = Léthargie C = Coma                                                                                                                                                                                         |       |            |            |            |
| <b>Signes de délirium</b>        | Ø = Aucun É = État mental<br>A = Autonomie C = Comportement                                                                                                                                                                                           |       |            |            |            |
| <b>Agitation</b>                 | O = Oui N = Non                                                                                                                                                                                                                                       |       |            |            |            |
| <b>Respiration</b>               | Fréquence Rythme à préciser: I = Irrégulier R = Régulier<br>Type : T = Thoracique A = Abdominal<br>Amplitude : N = Normale S = Superficielle P = Profonde                                                                                             |       | /min       | /min       | /min       |
| <b>Tirage</b>                    | Ø = Aucun I = Intercostal SC = Sous-claviculaire                                                                                                                                                                                                      |       |            |            |            |
| <b>Cyanose</b>                   | Ø = Aucune P = Péribuccale E = Extrémités                                                                                                                                                                                                             |       |            |            |            |
| <b>Toux</b>                      | Ø = Aucune S = Sèche G = Grasse<br>F = Fréquente O = Occasionnelle                                                                                                                                                                                    |       |            |            |            |
| <b>Expectorations</b>            | Ø = Aucune J = Jaunâtres V = Verdâtres S = Sanguinolentes                                                                                                                                                                                             |       |            |            |            |
| <b>Autres symptômes COVID-19</b> | FF = Fébrilité/Frissons C = Céphalée<br>AN = Anosmie (odorat) M = Myalgie<br>AG = Agueusie (goût) FI = Fatigue intense<br>R = Rhinorrhée DA = Douleur abdominale<br>CN = Congestion nasale DI = Diarrhée<br>MG = Mal de gorge NV = Nausée/Vomissement |       |            |            |            |
| <b>Initiales</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                       |       |            |            |            |

| Auscultation pulmonaire en fonction du jugement clinique |                                                                                     | Hh:mm                                                                      | hh:mm                             | hh:mm                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                                                          |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Non fait                                          | <input type="checkbox"/> Non fait | <input type="checkbox"/> Non fait |
| <b>Auscultation antérieure</b>                           |  | Bruit anormal : Bronche D<br>Ø = Aucun S = Sibilants R = Ronchis           |                                   |                                   |
|                                                          |                                                                                     | Bruit anormal : Bronche G<br>Ø = Aucun S = Sibilants R = Ronchis           |                                   |                                   |
| <b>Auscultation postérieure</b>                          |  | Bruit anormal : Lobe inférieur G<br>Ø = Aucun S = Sibilants C = Crépitants |                                   |                                   |
|                                                          |                                                                                     | Bruit anormal : Lobe inférieur D<br>Ø = Aucun S = Sibilants C = Crépitants |                                   |                                   |
| <b>Initiales de l'infirmière</b>                         |                                                                                     |                                                                            |                                   |                                   |

| HEURE | NOTES COMPLÉMENTAIRES + INITIALES |
|-------|-----------------------------------|
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |

Nom :

Prénom :

#Dossier :

| SIGNES « AINÉES » ATYPIQUES – NOTES D'EXCEPTION |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                           |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| PARTICULARITÉS DURANT LE QUART DE TRAVAIL       |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                           |
| HEURE                                           | hh:mm                                                                                                                                                                                                      | hh:mm                                                                                                                                                                                                      | hh:mm                                                                                                                                                                                                      | HEURE + NOTES COMPLÉMENTAIRES + INITIALES |
| Autonomie                                       | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> ↓ de la mobilité<br><input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> À risque<br><input type="checkbox"/> Douleur              | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> ↓ de la mobilité<br><input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> À risque<br><input type="checkbox"/> Douleur              | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> ↓ de la mobilité<br><input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> À risque<br><input type="checkbox"/> Douleur              |                                           |
| Intégrité cutanée                               | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Rougeur / Lésion<br><input type="checkbox"/> Δ de pansement<br><input type="checkbox"/> Buccodentaire                                 | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Rougeur / Lésion<br><input type="checkbox"/> Δ de pansement<br><input type="checkbox"/> Buccodentaire                                 | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Rougeur / Lésion<br><input type="checkbox"/> Δ de pansement<br><input type="checkbox"/> Buccodentaire                                 |                                           |
| Nutrition                                       | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ alimentaire<br><input type="checkbox"/> Δ hydrique<br><input type="checkbox"/> Déshydratation<br><input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ alimentaire<br><input type="checkbox"/> Δ hydrique<br><input type="checkbox"/> Déshydratation<br><input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ alimentaire<br><input type="checkbox"/> Δ hydrique<br><input type="checkbox"/> Déshydratation<br><input type="checkbox"/> Dysphagie |                                           |
| Élimination                                     | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ urinaire<br><input type="checkbox"/> Δ intestinal                                                                                   | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ urinaire<br><input type="checkbox"/> Δ intestinal                                                                                   | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ urinaire<br><input type="checkbox"/> Δ intestinal                                                                                   |                                           |
| État cognitif                                   | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ humeur (anxiété)<br><input type="checkbox"/> État dépressif<br><input type="checkbox"/> SCPD (ex. : errance)                        | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ humeur (anxiété)<br><input type="checkbox"/> État dépressif<br><input type="checkbox"/> SCPD (ex. : errance)                        | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Δ humeur (anxiété)<br><input type="checkbox"/> État dépressif<br><input type="checkbox"/> SCPD (ex. : errance)                        |                                           |
| Sommeil                                         | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Somnolence (jour)<br><input type="checkbox"/> Tr. du sommeil                                                                          | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Somnolence (jour)<br><input type="checkbox"/> Tr. du sommeil                                                                          | <input type="checkbox"/> Ø particularité<br><input type="checkbox"/> Somnolence (jour)<br><input type="checkbox"/> Tr. du sommeil                                                                          |                                           |
| Initiales                                       |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                           |

| HEURE | NOTES COMPLÉMENTAIRES + INITIALES |
|-------|-----------------------------------|
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |
| :     |                                   |

| Signature et titre | Initiales | Signature et titre | Initiales | Signature et titre | Initiales |
|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
|                    |           |                    |           |                    |           |
|                    |           |                    |           |                    |           |