

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE INFIRMIÈRE DE GARDE RPA

Provenance de l'appel, préciser (RPA ou lit RI dans RPA) : _____

Nom du demandeur et titre (PAB, inf. aux., usager, etc.) : _____

Numéro de téléphone pour le suivi : _____

Raison de l'appel (événement, environnement et circonstances): _____

Usager suivi au CLSC : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas, préciser : _____

Usager enregistré à la ligne Info-Santé 24/7 : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas, préciser : _____

☐ Usager redirigé vers la ligne Info-Santé 24/7 1-800-361-7073.

☐ Usager nécessite une évaluation téléphonique par l'infirmière (compléter les sections suivantes)

Symptômes rapportés par: ☐ Aide-soignant ☐ Usager ☐ Autre : _____

Malaise/symptôme : _____

Malaise dominant : _____

Date du début des symptômes : _____

P : Provoquer/pallier : _____

Q : Qualité/quantité : _____

R : Région/irradiation : _____

S : Signes et symptômes associés : _____

T : Temps (Depuis quand, constant ou intermittent ; si intermittent : fréquence, moment, durée) : _____

U : Compréhension de la situation par l'usager : _____

Signes aînés, indiquer si changement :

☐ Autonomie/mobilité : _____

☐ Intégrité de la peau : _____

☐ Nutrition/hydratation/dernier repas : _____

☐ Élimination : _____

☐ État cognitif/comportement/communication : _____

☐ Sommeil : _____

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE (suite)

Informations cliniques rapportées par : ☐ Aide-soignant ☐ Usager ☐ Autre : _____

Allergies : ☐ Oui, préciser : _____ ☐ Non ☐ Inconnu

Antécédents médicaux et chirurgicaux : ☐ Inconnus ☐ Connus, préciser : _____

☐ Médication : _____ ☐ Liste DSQ jointe

Paramètres cliniques rapportés par : ☐ Aide-soignant ☐ Usager ☐ Autre : _____ ☐ Non disponibles

Pouls : _____ /min TA : _____ / _____ mmHG Respiration : _____ /min Glycémie capillaire : _____ mmol/L

Temp. : _____ °C (Fièvre si T° buccale égale ou supérieure à 37,8°C ou si augmentation de 1,1°C par rapport à la T° normale habituelle)

IMPRESSION CLINIQUE

INTERVENTIONS

Enseignement/Recommandations :

☐ Usager/aide-soignant avisé de poursuivre l'observation des signes et symptômes

☐ Usager/aide-soignant avisé de contacter, si détérioration : Préciser : _____

Conduite :

☐ Rendez-vous avec médecin de famille à prévoir le plus rapidement possible, préciser : _____

☐ Appel placé à l'infirmière SAD de garde du 24/7 Nom, prénom : _____ Heure : _____

Préciser : _____

☐ Appel placé au médecin de garde Nom, prénom : _____ Heure : _____

Préciser : _____

☐ Suivi non urgent mais nécessaire par : ☐ Infirmière ☐ Médecin ☐ IPS ☐ Autre : _____

Délai suggéré : ☐ 24 heures ☐ 48 heures ☐ 72 heures ☐ Autre : _____

Précision : _____

☐ L'utilisateur accepte la transmission de l'information, préciser : _____

☐ Transfert à l'urgence est nécessaire dans l'immédiat, préciser : _____

☐ Autre : _____

Nom, prénom de l'infirmière : _____ Téléphone : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ Heure : _____