



MOCLI60398

Installation : _____

TYPE D'ACCOMPAGNEMENT LORS D'UNE DEMANDE D'EXAMEN PLANIFIÉE – HÔPITAL

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Date de la demande : _____ aaaa/mm/jj Examen prescrit : _____

Information clinique pertinente : _____

Consignes : Au besoin, se référer au [PRC-DSIEU-10011 Algorithme décisionnel type d'accompagnement et transport interétablissement](#)

SECTION 1 – À compléter par le médecin selon la condition de l'utilisateur

Infirmière, inhalothérapeute ou paramédic en soins avancés (PSA) requis

1. Moniteur cardiaque / DRS fréquentes → *Requiert habiletés en monitoring cardiaque ♥* ☐ Oui ☐ Non

Si oui, peut-il être cessé durant le transport ? ☐ Oui ☐ Non

**Pour les centres receveurs de Montréal : possibilité d'accompagnement sans escorte pour transport en ambulance en Hémodynamie ou Électrophysiologie, suite à autorisation médicale :* ☐ Autorisation médicale

2. Perfusion de médication IV en continu (ex. : Héparine) Préciser : _____ ☐ Oui ☐ Non

Si oui, peut-elle être cessée durant le transport ? ☐ Oui ☐ Non

3. Perfusion IV avec additif en mode continu (ex. : KCl) Préciser : _____ ☐ Oui ☐ Non

Si oui, peut-elle être cessée durant le transport ? ☐ Oui ☐ Non

4. Oxygène qui nécessite un ajustement de débit et/ou risque de décompensation respiratoire ☐ Oui ☐ Non

5. Médication par nébulisation en PRN ☐ Oui ☐ Non

Si « **Oui** » à l'une des 5 questions → **Requiert infirmière, inhale ou PSA***

Si « **Oui** » aux sous-questions, suspendre ou cesser le traitement pour permettre de passer à un autre titre d'emploi.

**Pour accompagnateur PSA, se référer aux critères [Aide à la décision Transfert interétablissement – Escorte PSA](#)*

Signature du médecin : _____ No de permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

SECTION 2 – À compléter PRN par l'infirmière

Consignes : - À compléter seulement si, l'accompagnement ne requiert pas d'infirmière, d'inhalo ou de PSA

- Dès qu'une condition est atteinte, choisir cette catégorie d'accompagnateur

- Si « Oui » aux sous-questions, consulter le médecin pour suspendre ou cesser le traitement pour passer à un autre titre d'emploi

- Au besoin, se référer à [PRC-DSIEU-10011 Algorithme décisionnel type d'accompagnement et transport interétablissement](#)

Infirmière auxiliaire requise

1. Oxygène avec débit fixe, stabilité respiratoire, usager oxygéo-dépendant, etc. ☐ Oui ☐ Non

2. Perfusion IV sans additif en mode continu ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-il envisageable de la cesser durant le transport (valider avec le md) ? ☐ Oui ☐ Non

Nom du médecin : _____ Conduite : _____

3. Médication / Opioïde (autre que la voie IV) sur une base régulière ou PRN (nécessitant des doses et/ou surveillances durant le transport) ☐ Oui ☐ Non

→ Si opioïde ou médication PRN, nécessite évaluation infirmière au préalable avec directives au PTI (se référer à RSI-6014)

Préposé aux bénéficiaires (PAB) requis

4. Surveillance du comportement, accompagnement nécessaire lors de l'examen, etc. ☐ Oui ☐ Non

5. Mobilité réduite / Aide à la marche, à l'alimentation ou pour aller à la toilette / Culotte d'incontinence ☐ Oui ☐ Non

Santé mentale : Intervenant habileté en santé mentale

☐ Oui ☐ Non

6. Compléter les sections précédentes pour déterminer le titre d'emploi habileté en santé mentale requis pour le transport

Autre : Usager ne nécessite pas d'évaluation, de surveillance clinique, d'administration de médication et n'a pas de besoin particulier durant le transport

☐ Aucun accompagnement ☐ Famille/Proche ☐ Autre : _____

Type d'accompagnement : ☐ Infirmière auxiliaire ☐ PAB ☐ Autre : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : _____ aaaa/mm/jj hh:mm

SECTION 3 – À compléter par l'infirmière la veille de l'examen

Consignes : Dès que possible, la veille de l'examen, avant 19h30 procéder à la révision du formulaire

Révision effectuée : ☐ Aucun changement de la condition clinique

☐ Changement de la condition clinique et/ou modification du type d'accompagnement

Préciser : _____

Type d'accompagnement revu : ☐ Infirmière / Inhalo ou PSA « habileté ♥ » ☐ Infirmière / Inhalo ☐ Infirmière auxiliaire ☐ PAB

Médecin avisé : ☐ Oui ☐ Non Nom du médecin : _____

Préciser : _____

Si modification du type d'accompagnement : ☐ Centrale de transport avisée ou Liste de rappel si en dehors des heures d'ouverture de la Centrale de transport

☐ Demande de modification de la Requête Octopus effectuée

Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : _____ aaaa/mm/jj hh:mm