

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 : _____

SECTION 1 – CATÉGORIES D'ACCOMPAGNATEUR

→ La section 1.1 doit être complétée par le médecin

→ La section 1.2 doit être complétée seulement si, selon l'avis du médecin, l'accompagnement ne requiert pas d'infirmière/inhalothérapeute

Consignes : - Cocher les besoins selon la condition clinique de l'usager afin de déterminer le type d'accompagnement requis
- Dès qu'une condition est atteinte, ne pas poursuivre le questionnaire et choisir cette catégorie d'accompagnateur

Section 1.1 – Réservée au médecin

Infirmière ou inhalothérapeute « habileté ♥ »

1. Moniteur cardiaque → *Requiert une infirmière ou un inhalo habileté en monitoring cardiaque ♥* ☐ Oui ☐ Non
Si oui, peut-il être cessé durant le transport ? ☐ Oui * ☐ Non

Pour les hôpitaux Suroît et Barrie-Memorial : possibilité d'accompagnement par paramédics pour les transports en ambulance en Hémodynamie ou en Électrophysiologie, suite à autorisation médicale : ☐ Autorisation médicale

Infirmière ou inhalothérapeute

2. DRS fréquentes (*angine instable, DRS survenant au repos ou au moindre effet, plus de 2-3/jours, difficilement soulagée par la nitro, etc.*) ☐ Oui ☐ Non
3. Perfusion de médication IV en continu (*ex. : héparine*) Préciser : _____ ☐ Oui ☐ Non
Si oui, peut-elle être cessée durant le transport ? ☐ Oui * ☐ Non
4. Médication IV en mode intermittent (*ex. : antibiotiques*) Préciser : _____ ☐ Oui ☐ Non
Si oui, horaire peut-il être modifié (*hors de la plage du transport*) ? ☐ Oui * ☐ Non
5. Perfusion IV avec additif en mode continu (*ex. : KCL*) Préciser : _____ ☐ Oui ☐ Non
Si oui, peut-elle être cessée durant le transport ? ☐ Oui * ☐ Non
6. Oxygène : usager nécessite une évaluation liée à l'oxygénothérapie, incluant la décision d'ajuster le débit et/ou usager à risque de décompensation respiratoire ☐ Oui ☐ Non
7. Médication par nébulisation (*aérosolthérapie*) avec surveillance/soins pré et post administration ☐ Oui ☐ Non
Si oui, horaire peut-il être modifié (*hors de la plage du transport*) ? ☐ Oui * ☐ Non
→ Si doses prescrites en PRN, nécessite infirmière ou inhalothérapeute

Type d'accompagnement : ☐ Infirmière / Inhale « habileté ♥ » ☐ Infirmière / Inhale ☐ Autre : à déterminer par infirmière

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

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

Nom :

Prénom :

#Dossier :

SECTION 1 – CATÉGORIES D'ACCOMPAGNATEUR (suite)

Section 1.2 – Réservee à l'infirmière

Infirmière auxiliaire

8. Oxygène : O2 avec débit fixe, stabilité respiratoire, usager oxygéo-dépendant, etc. ☐ Oui ☐ Non
9. 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 : _____
10. 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

Préposé aux bénéficiaires (PAB)

11. Surveillance du comportement, accompagnement nécessaire lors de l'examen, etc. ☐ Oui ☐ Non
12. Mobilité réduite / Aide à la marche, à l'alimentation ou pour aller à la toilette / Culotte d'incontinence ☐ Oui ☐ Non

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 2 – CONFIRMATION DU TYPE D'ACCOMPAGNEMENT PAR L'INFIRMIÈRE

- Consignes :**
- La veille de l'examen, procéder à la révision de la Section 1
 - Lors de la révision, s'assurer qu'il n'y a aucun changement de la condition clinique de l'usager et que le type d'accompagnement requis est disponible, remplir la **Section 2.1**
 - Si changement de la condition clinique et/ou modification du type d'accompagnement, remplir la **Section 2.2**

Section 2.1 – Validation du type d'accompagnement

Révision effectuée : ☐ Aucun changement de la condition clinique
☐ Changement de la condition clinique et/ou modification du type d'accompagnement (*remplir Section 2.2*)

Préciser : _____

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

Section 2.2 – Modification du type d'accompagnement (section facultative)

Nouveau type d'accompagnement : ☐ Infirmière / Inhalo « habileté ♥ » ☐ Infirmière / Inhalo ☐ Infirmière auxiliaire ☐ PAB

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

Préciser : _____

☐ Centrale de transport avisée ou Liste de rappel (*en dehors des heures d'ouverture de la Centrale*)

☐ Modification dans le requête Octopus

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