

Installation : _____

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

COLLECTE DE DONNÉES INFIRMIÈRE AUXILIAIRE CHSLD – SITUATION EXCEPTIONNELLE

IDENTIFICATION	
Niveau de soins : _____ et RCR : ☐ Oui ☐ Non Nom du médecin : _____	
Diagnostic : _____	
Allergies : ☐ Oui, préciser : _____ ☐ Non ☐ Inconnu	
Antécédents médicaux et chirurgicaux : ☐ Inconnus ☐ Connus, préciser : _____	
☐ Médication PRN reçue (durant le quart et le quart précédent) : _____	
☐ FADM envoyé	
MALAISES/SYMPTÔMES/AUTRES SITUATIONS	
☐ Fièvre ☐ Douleurs (localisation) : _____ ☐ Toux récente ☐ Difficulté respiratoire / Essoufflement ☐ Nausées / Vomissements / Diarrhées ☐ Arrêt cardiorespiratoire ☐ Décès	☐ État mental (inattention, léthargique, stuporeux, comateux/inconscient, etc.) Préciser : _____ ☐ Agitation (préciser) : _____ ☐ Chute : impact crânien : ☐ Oui ☐ Non ☐ Médication (préciser) : _____ ☐ Autres : _____
PARAMÈTRES CLINIQUES	
Pouls : _____/min TA : _____/_____ mmHg Temp. : _____ °C ☐ Buccale ☐ Rectale Saturation : _____ % Respiration : Fréquence : _____/min Amplitude : ☐ Normale ☐ Profonde ☐ Superficielle Bruits respiratoires audibles : ☐ Non ☐ Oui, préciser : _____ Coloration (péribuccale et des extrémités) : ☐ Normale ☐ Pâleur ☐ Cyanose ☐ Rougeur	
COLLECTE DE DONNÉES	
Malaises dominants	
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	

#Dossier :

[illegible]

AVISER L'INFIRMIÈRE RÉPONDANTE

Nom et prénom de l'infirmière répondante avisée : _____ Date et Heure : ____/____/____ hh:mm

Dossier de l'utilisateur
Page 2 de 2