

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE INFIRMIÈRE CHSLD – SITUATION EXCEPTIONNELLE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Provenance de l'appel, préciser (nom du centre d'hébergement) : _____

Identification de l'infirmière auxiliaire : _____

Numéro de téléphone pour le suivi : (____) _____ - _____ Télécopie (# fax) : (____) _____ - _____

Raison de l'appel : ☐ Symptôme(s)/malaise ☐ Douleur ☐ Chute ☐ État mental ☐ Médication ☐ Autre _____

Préciser : _____

Nom et prénom de l'utilisateur : _____

Numéro de dossier : _____ Date de naissance : _____ aaaa/mm/jj

Niveau de soins : _____ et RCR : ☐ Oui ☐ Non Diagnostic : _____

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE RÉPONDANTE

Symptômes rapportés par (nom de l'infirmière auxiliaire) : _____

Malaise/symptôme/problème : _____

Malaise dominant : _____

Date et heure du début des symptômes : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

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'utilisateur : _____

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

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

Médication PRN reçue (durant le quart et le quart précédent) : _____
☐ FADM demandé ☐ FADM reçu et consulté

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE RÉPONDANTE (suite)

Paramètres cliniques :

Pouls : _____ /min TA : _____ / _____ mmHg Saturation : _____ %

Respiration : _____ /min Amplitude : ☐ Normale ☐ Profonde ☐ Superficielle

Temp. : _____ °C ☐ Buccale ☐ Rectale (Fièvre si 37,6°C ou si une élévation 0,5°C de la température basale habituelle de l'utilisateur)

Glycémie capillaire : _____ mmol/L (si requis)

Notes d'observations infirmière :

INTERVENTIONS ET CONDUITE

☐ Administration d'une médication PRN inscrite au FADM : Préciser : _____

Préciser la condition clinique qui justifie l'intervention : _____

Indiquer l'ordonnance collective initiée : _____

☐ Ordonnance collective complétée et transmise à l'infirmière auxiliaire Télécopieur (# fax) : _____

Infirmière auxiliaire avisée de : ☐ Poursuivre l'observation des signes et symptômes ☐ Contacter l'infirmière si détérioration

Préciser toutes demandes et directives demandées à l'infirmière auxiliaire : _____

☐ Suivi à faire par l'infirmière auxiliaire à l'infirmière répondante Quand : Heure : _____ hh:mm

Préciser : _____

☐ Aviser le médecin -ou- ☐ IPS par : ☐ infirmière répondante ☐ infirmière auxiliaire ☐ Appel conférence Heure : _____ hh:mm

Préciser : _____

☐ Appel au 911 par : ☐ infirmière répondante ☐ infirmière auxiliaire Heure : _____ hh:mm

☐ Proche aidant avisé (nom) : _____ Heure : _____ hh:mm

☐ Autre : _____

NOTES D'OBSERVATIONS

☐ Voir notes d'observations supplémentaires au dossier ☐ Voir PTI

Nom, prénom de l'infirmière : _____ Téléphone : (____) _____

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