



MOCLI60453

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

PRÉPARATION ET NOTES D'OBSERVATIONS EXAMEN EXTERNE/TRANSFERT INTER-ÉTABLISSEMENT

Date du transport : _____ aaaa/mm/jj Centre receveur : _____

☐ Examen externe prescrit : _____

☐ Transfert inter-établissement

Consignes : Recto à compléter par ou avec l'aide de l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire traitante avant l'examen/transfert

INFORMATIONS CLINIQUES DE L'USAGER

Âge : _____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm Niveau de soins : _____ RCR : ☐ Oui ☐ Non

Allergie(s) : _____

Précautions additionnelles (PCI) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Médecin traitant : _____ Diagnostic principal : _____

Antécédents principaux : ☐ Diabète : ☐ Insuline ☐ Anticoagulant : _____ Dernière dose : _____

☐ HTA ☐ MCAS ☐ Délirium ☐ Insuffisance rénale ☐ Insuffisance Cardiaque ☐ Démence

☐ MPOC ☐ Autres : _____

Risques de complications : _____

Comportements à risque : ☐ Dangerosité : _____ ☐ Lui-même ☐ Autrui ☐ Fugue ☐ Refus de traitement

État cognitif	Mobilisation	Élimination	Voie veineuse	Traitements
☐ Alerte	☐ Repos au lit	☐ Autonome	Soluté : _____	☐ Moniteur/Télémétrie ♥
☐ Orienté	☐ Autonome	☐ Avec aide	☐ Périphérique :	☐ Pansement(s) :
☐ Désorienté	☐ Aide : 1-2 personne(s)	☐ Incontinence :	Site : _____	Site : _____
☐ Agité	☐ Aide technique :	☐ Urinaire	_____	_____
☐ Agressif	_____	☐ Fécale	_____	_____
☐ Imprévisible	☐ Risque de chute	☐ Sonde vésicale	Calibre : ☐ 18 ☐ 20 ☐ _____	☐ Drain(s) : _____
☐ Désorganisé	☐ Mesures de contrôle :	☐ Autre :	Perméable : ☐ Oui ☐ Non	_____
☐ Autre :	☐ Autre :	_____	→ Si non perméable, changer avant le départ	☐ Oxygène : _____ L/min
			☐ Centrale :	☐ Lunettes nasales
			Type : _____	☐ Ventimask
			Site : _____	☐ Autre :
				☐ Autre :

☐ Douleur et autres symptômes : _____

☐ Autres particularités : _____

☐ Médicaments PRN reçus : _____

DOCUMENTATION REQUISE POUR L'EXAMEN/TRANSFERT

☐ RAMQ ☐ Copie des prescriptions médicales ☐ Résumé de dossier ☐ FADM ☐ Consentement à l'examen

☐ Ordonnance de la cour ☐ Laboratoires/Examens pertinents : _____

MATÉRIEL REQUIS POUR L'EXAMEN/TRANSFERT

☐ Repas ☐ Médication ☐ Pompe volumétrique ☐ Pousse seringue ☐ Trousse de transport (en tout temps)

☐ Glucomètre ☐ Moniteur cardiaque ☐ Mesures de contrôle ☐ Autre : _____

Signature et titre : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Consignes : Verso à compléter par l'accompagnateur à partir de la prise en charge sur l'unité de soins

#Dossier : []

[illegible]

Signature et titre : _____ Date : ____/____/____