



MOCLI60504

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

DISTRIBUTION ET SUIVI - TÉLÉMÉTRIE

SOINS INTENSIFS – DISTRIBUTION

Unité de soins attribuée : _____ N° de chambre : _____ N° boîtier de télémétrie : _____

☐ Informations exactes enregistrées sur console N° de batteries données : _____

Distribution de la télémétrie à : _____

Si installation télémétrie : ☐ Vérification des informations pré installation (identification usager, numéro boîtier)

☐ Captation du rythme ☐ Captation de la saturométrie

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

URGENCE

Vérifications pré-installation de la télémétrie : _____

☐ Identification de l'utilisateur ☐ N° boîtier Télémétrie installée à : _____ hh:mm

Appel aux soins intensifs :

☐ Identification de l'utilisateur ☐ N° boîtier
☐ Captation du rythme ☐ Captation de la saturométrie ☐ Unité de soins et chambre attribuée

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

UNITÉ DE SOINS

Vérifications pré-installation de la télémétrie ou à son arrivée sur l'unité :

☐ Identification de l'utilisateur ☐ N° boîtier Télémétrie installée à : _____ hh:mm ☐ Déjà en place

Appel aux soins intensifs :

☐ Identification de l'utilisateur ☐ N° boîtier
☐ Captation du rythme ☐ Captation de la saturométrie ☐ Unité de soins et chambre attribuée

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

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

CHANGEMENT DE LIT

Unité de soins : _____ N° de chambre : _____ ☐ Soins intensifs avisés : _____

Particularités : _____ No de batteries données : _____

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

Unité de soins : _____ N° de chambre : _____ ☐ Soins intensifs avisés : _____

Particularités : _____ No de batteries données : _____

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

Unité de soins : _____ N° de chambre : _____ ☐ Soins intensifs avisés : _____

Particularités : _____ No de batteries données : _____

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