

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

NOTE D'ÉVOLUTION EN SOINS INFIRMIERS UNITÉS DE MÉDECINE/CHIRURGIE/GÉRIATRIE

Date : aaaa/mm/jj Date d'admission : aaaa/mm/jj

Précautions additionnelles : _____ ☐ Débuté : hh:mm ☐ En cours ☐ Cessé : hh:mm

Consignes : Rédiger des *Notes complémentaires* lors de particularités [*] ou les CLI- lors du [®]. Cocher dans la section [☒] lorsque des *Notes complémentaires* ont été rédigées. Consigner les éléments requis au PTI. Apposer un [/] si la section ne s'applique pas à la situation clinique.

NUIT	Heure _____	JOUR	Heure _____	SOIR	Heure _____
SÉCURITÉ					
Bracelets : ☐ identité/allergie ☐ vert (chute) ☐ Feuille de mobilité ☐ Chute® ☐ Appareil auditif ☐ D ☐ G ☐ Lunettes ☐ Surveillance constante® ☐ Dentier ☐ Ridelles : ____/____ → ☐ à la demande* ☐ Mesures de remplacement® ☐ PII® Initiales		Bracelets : ☐ identité/allergie ☐ vert (chute) ☐ Feuille de mobilité ☐ Chute® ☐ Appareil auditif ☐ D ☐ G ☐ Lunettes ☐ Surveillance constante® ☐ Dentier ☐ Ridelles : ____/____ → ☐ à la demande* ☐ Mesures de remplacement® ☐ PII® Initiales		Bracelets : ☐ identité/allergie ☐ vert (chute) ☐ Feuille de mobilité ☐ Chute® ☐ Appareil auditif ☐ D ☐ G ☐ Lunettes ☐ Surveillance constante® ☐ Dentier ☐ Ridelles : ____/____ → ☐ à la demande* ☐ Mesures de remplacement® ☐ PII® Initiales	
CLI-60248 Dépistage risque de chute; CLI-60249 Évaluation / surveillance postchute; CLI-60113 Surveillance accrue; CLI-60058 Mesures de remplacement CLI-60057 Consentement mesures de contrôle; CLI-60059 Surveillance mesures de contrôle; CLI-60060 PII Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S					
A AUTONOMIE / MOBILITÉ					
☐ Repos au lit strict* Tête de lit ____° ☐ Position alternée : q ____ heures ☐ Transfert / marche : ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Aide technique : _____ ☐ Lever : _____ ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Circule : _____ ☐ Mise en charge : _____ % ☐ D ☐ G ☐ Bas anti-embolique* : _____ Initiales ☐ Bas compression intermittente* Initiales		☐ Repos au lit strict* Tête de lit ____° ☐ Position alternée : q ____ heures ☐ Transfert / marche : ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Aide technique : _____ ☐ Lever : _____ ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Circule : _____ ☐ Mise en charge : _____ % ☐ D ☐ G ☐ Bas anti-embolique* : _____ Initiales ☐ Bas compression intermittente* Initiales		☐ Repos au lit strict* Tête de lit ____° ☐ Position alternée : q ____ heures ☐ Transfert / marche : ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Aide technique : _____ ☐ Lever : _____ ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Circule : _____ ☐ Mise en charge : _____ % ☐ D ☐ G ☐ Bas anti-embolique* : _____ Initiales ☐ Bas compression intermittente* Initiales	
CLI-60301 Signes neurovasculaires <i>Particularités</i> : œdème - ↓pouls périphériques - ↓mobilité - faiblesse - perte d'équilibre - atrophie musculaire - perte de tonus - engourdissement/fourmillement/picotement - étourdissement - hypotension orthostatique, etc. Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S					
I INTÉGRITÉ DE LA PEAU / SOINS D'HYGIÈNE					
Hygiène : ☐ partielle ☐ complète ☐ cheveux ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Soins de bouche : ☐ intacte ☐ lésion* ☐ Peau intacte ☐ Rougeur / lésion* ☐ Pansement : _____ ☐ propre ☐ souillé* ☐ changé® ☐ TPN® ☐ Points de pression surveillés* Initiales ☐ Surface / matériel thérapeutique* Initiales		Hygiène : ☐ partielle ☐ complète ☐ cheveux ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Soins de bouche : ☐ Intacte ☐ lésion* ☐ Peau intacte ☐ Rougeur / lésion* ☐ Pansement : _____ ☐ propre ☐ souillé* ☐ changé® ☐ TPN® ☐ Points de pression surveillés* Initiales ☐ Surface / matériel thérapeutique* Initiales		Hygiène : ☐ partielle ☐ complète ☐ cheveux ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Soins de bouche : ☐ Intacte ☐ lésion* ☐ Peau intacte ☐ Rougeur / lésion* ☐ Pansement : _____ ☐ propre ☐ souillé* ☐ changé® ☐ TPN® ☐ Points de pression surveillés* Initiales ☐ Surface / matériel thérapeutique* Initiales	
CLI-60251 Dépistage lésions de pression Braden ; CLI-60238 Note évolutive - Soins de plaies et de traitement; CLI-60239 Réfection pansement TPN <i>Particularités</i> : prurit - érythème - peau moite/ictérique/chaude/cyanosée - lèvres bleutées - pétéchies, etc. Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S					
N NUTRITION / HYDRATATION					
☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Stimulation ☐ Aide ☐ Limite liquidienne® ☐ NPO Collation/suppl. : _____ ☐ Gavage* : _____ ☐ perméable ☐ irrigué ____ mL q ____ h Initiales Type de sonde : _____		☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Stimulation ☐ Aide ☐ Limite liquidienne® Déjeuner : ____/4 Dîner : ____/4 ☐ NPO Collation/suppl. : _____ ☐ Gavage* : _____ Initiales ☐ perméable ☐ irrigué ____ mL q ____ h Initiales		☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Stimulation ☐ Aide ☐ Limite liquidienne® Souper : ____/4 ☐ NPO Collation/suppl. : _____ ☐ Gavage* : _____ Initiales ☐ perméable ☐ irrigué ____ mL q ____ h Initiales	
CLI-60025 Dosage Ingesta/Excreta <i>Particularités</i> : gavage (intermittent/continu, débit, résidu gastrique, tolérance, etc.) - bilan alimentaire - appétit - tolérance - nausées/vomissements - signes déshydratation (pli cutané, muqueuses, ↓ urine, etc.) - dysphagie - toux post repas, etc. Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S					

Nom :

Prénom :

#Dossier :

NUIT		JOUR		SOIR							
E ÉLIMINATION											
☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ Mode d'élimination : _____ ☐ Continent ☐ Incontinent* : _____ Urines : _____ ☐ I/E® ☐ Sonde (type) : _____ ☐ installée/changée* ☐ en place ☐ cessée* ☐ irrigation* : _____ Bladder scan* : hh:mm _____ mL Cathétérisme* : hh:mm _____ mL Selles® ☐ Stomie* (type) : _____ Initiales ☐ Décompte serviettes sanitaires*		☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ Mode d'élimination : _____ ☐ Continent ☐ Incontinent* : _____ Urines : _____ ☐ I/E® ☐ Sonde (type) : _____ ☐ installée/changée* ☐ en place ☐ cessée* ☐ irrigation* : _____ Bladder scan* : hh:mm _____ mL Cathétérisme* : hh:mm _____ mL Selles® ☐ Stomie* (type) : _____ Initiales ☐ Décompte serviettes sanitaires*		☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ Mode d'élimination : _____ ☐ Continent ☐ Incontinent* : _____ Urines : _____ ☐ I/E® ☐ Sonde (type) : _____ ☐ installée/changée* ☐ en place ☐ cessée* ☐ irrigation* : _____ Bladder scan* : hh:mm _____ mL Cathétérisme* : hh:mm _____ mL Selles® ☐ Stomie* (type) : _____ Initiales ☐ Décompte serviettes sanitaires*							
CLI-60225 Grille d'élimination intestinale ; CLI-60025 Dosage I/E ; CLI-60295 Enseignement soins de stomie <i>Particularités : miction (aspect - odeur - brûlure - hématurie, etc.) selles (mélène, constipation, diarrhée, etc.) - stomie (apparence, état peau, appareillage, soins, etc.)</i> Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
TUBES ET DRAINS											
Type de drain	Heure	En place	Installé (I) Retiré (R)	Localisation	Irrigation	Drainage*	Apparence**			Particularités*	Initiales
1.	N	hh:mm	☐			q ____ h ____ mL					
	J	hh:mm	☐			q ____ h ____ mL					
	S	hh:mm	☐			q ____ h ____ mL					
2.	N	hh:mm	☐			q ____ h ____ mL					
	J	hh:mm	☐			q ____ h ____ mL					
	S	hh:mm	☐			q ____ h ____ mL					
*Drainage : L = Libre C = Clampé SI = Sucction intermittente SC = Sucction continue → préciser mmHg ou cm H ₂ O **Apparence : Liquide : V = Verdâtre B = Brunâtre J = Jaunâtre P = Purulent S = Sanguin SE = Séreux SS = Sérosanguin Site : I = Intact P = Perméable ou [*] si particularités Pansement : P = Propre S = Souillé* C = Changé* Particularités : Résistance - Rougeur - Robinet (O=Ouvert F=Fermé) - Bullage - Oscillation - Emphysème SC, etc. Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
E ÉTAT COGNITIF / COMPORTEMENT											
Orientation : ☐ Personne ☐ Temps ☐ Lieu État de conscience : ☐ Hyperalerte* ☐ Alerte ☐ Somnolent / éveil facile ☐ Léthargique* ☐ Delirium* ☐ SCPD* ☐ Sevrage® ☐ Anxiété* ☐ Hallucination* Agité* : ☐ Verbal ☐ Physique Initiales Agressif* : ☐ Verbal ☐ Physique		Orientation : ☐ Personne ☐ Temps ☐ Lieu État de conscience : ☐ Hyperalerte* ☐ Alerte ☐ Somnolent / éveil facile ☐ Léthargique* ☐ Delirium* ☐ SCPD* ☐ Sevrage® ☐ Anxiété* ☐ Hallucination* Agité* : ☐ Verbal ☐ Physique Initiales Agressif* : ☐ Verbal ☐ Physique		Orientation : ☐ Personne ☐ Temps ☐ Lieu État de conscience : ☐ Hyperalerte* ☐ Alerte ☐ Somnolent / éveil facile ☐ Léthargique* ☐ Delirium* ☐ SCPD* ☐ Sevrage® ☐ Anxiété* ☐ Hallucination* Agité* : ☐ Verbal ☐ Physique Initiales Agressif* : ☐ Verbal ☐ Physique							
CLI-60128 Test d'évaluation du delirium (4AT) ; AMC-DSIEU-6103 Dépistage delirium (CAM) ; CLI-60449 CIWA <i>Particularités : delirium (apparition subite, ↓ attention, désorganisation, △ état conscience) - SCPD (errance, fugue, résiste soins, comportements répétitifs/inappropriés, etc.)</i> Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
S SOMMEIL											
☐ Éveillé* ☐ Se sent fatigué Sommeil : ☐ Régulier ☐ Intermittent Initiales ☐ Perturbé* ☐ CPAP		☐ Éveillé ☐ Se sent fatigué* Sieste (durée) : _____ Initiales ☐ CPAP		☐ Éveillé ☐ Se sent fatigué* Sieste (durée) : _____ Initiales ☐ CPAP							
Particularités : sommeil perturbé - difficulté à s'endormir - cycles inversés - sédatifs - interventions, etc. Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
FONCTION CARDIORESPIRATOIRE											
☐ Télémétrie* → ☐ Appel soins intensifs* ☐ O ₂ : _____ via : _____ ☐ Eupnée ☐ Dyspnée* ☐ Trachéostomie* ☐ Toux : _____ ☐ Expectations : _____ ☐ Spirométrie : _____ Initiales ☐ Exercices respiratoires*		☐ Télémétrie* → ☐ Appel soins intensifs* ☐ O ₂ : _____ via : _____ ☐ Eupnée ☐ Dyspnée* ☐ Trachéostomie* ☐ Toux : _____ ☐ Expectations : _____ ☐ Spirométrie : _____ Initiales ☐ Exercices respiratoires*		☐ Télémétrie* → ☐ Appel soins intensifs* ☐ O ₂ : _____ via : _____ ☐ Eupnée ☐ Dyspnée* ☐ Trachéostomie* ☐ Toux : _____ ☐ Expectations : _____ ☐ Spirométrie : _____ Initiales ☐ Exercices respiratoires*							
Particularités : télémétrie (rythme régulier/irrégulier, arythmies, appel des soins, etc.) - trachéo (soins, sécrétions, pansement, etc.) - dyspnée (amplitude, rythme, provoquée par, etc.) - aspiration nasale/buccale/trachéale Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
EXAMENS INTERNES ET EXTERNES / CONSULTATIONS / PRÉ-OPÉRATOIRE / POST-OPÉRATOIRE IMMÉDIAT / SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
CLI-60294 Vérification préopératoire											

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ACCÈS SC / IV / PÉRIDURAL										PRÉLÈVEMENTS / PERFUSIONS	
Type de cathéter (calibre)	Heure	En place	Installé	Retiré	Localisation	Apparence ⁺		Tubulure changé	Initiales	Initiales	
						Site	Pans.				
1.	N	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	J	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	S	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
2.	N	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	J	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	S	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
3.	N	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	J	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	S	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
4.	N	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	J	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	S	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
PARTICULARITÉS / SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S										
⁺ Apparence : Site : I=Intact P=Perméable ou [*] si particularités : infiltré, douleur, rougeur, chaleur, écoulement, etc. Pansement : P=Propre S=Souillé*											
GESTION DE LA DOULEUR PQRSTU ⁺ / SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S										
⁺ LÉGENDE : P=Provoquée/Palliée Q=Qualité R=Région S=Signes/Symptômes associés T=Temps/Durée U=Signification Intensité : 0 à 10 CLI-60164 Usager sous opiacés; CLI-60412 Péridurale/Neuroaxiale/Épimorph; CLI-60413 Anesthésie ACP (HAL); CLI-60414 Anesthésie ACP (Suroît)											
EXAMEN / ÉVALUATION CLINIQUE PAR L'INFIRMIÈRE / SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S										
Inspection (par système) Auscultation (abdo/cardio/pulmonaire) Palpation (abdo/cardio/extrémités/respiratoire) Percussion (abdo/pulmonaire)											
ASPECT PSYCHOSOCIAL / SIGNATURE											
Préciser la présence de visiteurs, les préoccupations, les attentes, les décisions de l'usager-famille et la collaboration de l'usager-famille											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S										

