

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE INFIRMIÈRE DIALYSE PÉRITONÉALE

Date : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm

Motif de l'appel : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prescription actuelle de dialyse péritonéale de l'usager : _____

Fonction rénale résiduelle : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Dernière quantité connue de la collecte de 24 heures : _____ mL

Antécédents de problématiques associées à la dialyse péritonéale : _____

Particularités soulevées par le néphrologue ou l'infirmière lors de la dernière visite médicale à la clinique ambulatoire : _____

Allergies : _____

CONSTAT	COLLECTE DE DONNÉES
☐ Déshydratation	☐ Faiblesse ☐ Étourdissements ☐ Hypotension orthostatique ☐ Chute ☐ Œdème ☐ Crampes musculaires ☐ Céphalée ☐ Nausées ☐ Vomissements TA habituelle : _____ TA récentes : _____ Poids habituel : _____ kg Poids ce matin : _____ kg Autre solution de dialysat utilisée : _____ Changement Rx récent : _____
☐ Fuite péritonéale	☐ Œdème parties génitales ☐ Autre œdème Localisation : _____ ☐ Peau orange ☐ Douleur associée ☐ Fuite pourtour KTIP* ☐ Poids lourd soulevé ☐ Augmentation du volume dialysat récente
☐ Infection site émergence / Tunnelite	☐ Liquide péritonéal trouble ☐ Douleur abdominale → Se référer au constat péritonite ☐ Pointage ISPD selon évaluation : _____ ☐ Écoulement purulent : _____ Commentaires : _____ ☐ Infection récente ☐ Traumatisme
☐ Liquide de drainage non transparent	☐ Liquide péritonéal trouble ☐ Douleur abdominale → Se référer au constat péritonite ☐ Présence de fibrine ☐ Présence de sang ☐ Maladie rénale polykystique connue ☐ Poids lourd soulevé ☐ Traumatisme ☐ Menstruations (si femme)
☐ Matériel de dialyse péritonéale défectueux ou manquant	☐ Matériel défectueux : _____ ☐ Matériel manquant : _____ Date de la prochaine livraison : _____ aaaa/mm/jj
☐ Œdème	Localisation de l'œdème : _____ TA habituelle : _____ TA récentes : _____ Poids habituel : _____ kg Poids ce matin : _____ kg ☐ Essoufflé _____

Nom :

Prénom :

#Dossier :

CONSTAT	COLLECTE DE DONNÉES (suite)
☐ Ouverture / Perforation / Débranchement	Contexte de la situation : _____ ☐ Contamination sèche ☐ Contamination humide
☐ Péritonite	☐ Liquide péritonéal trouble ☐ Douleur abdominale ☐ Température _____ °C ☐ Frissons ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐ Présence de fibrine ☐ Drainage difficile/lent
☐ Problème technique DPAC	Contexte de la situation : _____ ☐ Bris de stérilité ☐ Obstruction mécanique ☐ Matériel défectueux
☐ Problème technique DPA	Alarme / Alerte notée : _____ ☐ Bris de stérilité ☐ Obstruction mécanique ☐ Matériel défectueux
☐ Remplissage / Drainage impossible ou difficile	Contexte de la situation : _____ ☐ Obstruction mécanique ☐ Antécédents de fibrine ☐ Surcharge ☐ Présence de fibrine ☐ Caillot ☐ Héparine utilisée Fréquence : _____ ☐ Constipation Consistance selles : _____ Laxatif pris : _____ Ultrafiltration récente : _____ ☐ DPAC – Volume rempli et drainé depuis 48 heures : _____ ☐ DPA : ☐ Alarme occlusion ☐ Alarme drainage insuffisant
☐ Surcharge liquidienne	Localisation de l'œdème : _____ Depuis quand ? : _____ TA habituelle : _____ TA récentes : _____ Poids habituel : _____ kg Poids ce matin : _____ kg ☐ Céphalée ☐ Dyspnée : ☐ À l'effort ☐ Au repos Ultrafiltration récente : _____ Diurèse (quantité / débit) : _____ Autre solution dialysat utilisée (sauf prescription) : _____ Changement Rx récente : _____
☐ Autre (préciser) : _____	_____ _____ _____

* KTIP : Cathéter intrapéritonéal

Notes additionnelles : _____

☐ Néphrologue de garde appelé Date : _____/_____/_____ Heure : ____:____

☐ Usager référé à l'urgence de l'Hôpital Anna-Laberge Date : _____/_____/_____ Heure : ____:____

☐ Formulaire transmis à l'infirmière responsable de la clinique ambulatoire Date : _____/_____/_____ Heure : ____:____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____/_____/_____