

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

DONNÉES QUOTIDIENNES DE L'USAGER DIALYSE PÉRITONÉALE - HOSPITALISATION

☐ Usager autonome ☐ Non autonome ☐ Aide partielle, préciser : _____

Date : _____ Prescription DPAC : _____

Consignes : À chaque matin, après le 1^{er} échange, télécopier à la Clinique de dialyse péritonéale

Pour toute problématique, préciser dans les Notes complémentaires et aviser le néphrologue de garde

DONNÉES DES ÉCHANGES DPAC					
	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
Liquide drainé (mL)					
Solution injectée (% et mL)					
Fibrine dans le liquide drainé	☐	☐	☐	☐	☐
Héparine (☒ et inscrire sur FADM)	☐	☐	☐	☐	☐
Antibiotique PRN (☒ et inscrire sur FADM)	☐	☐	☐	☐	☐
PROBLÉMATIQUES OBSERVÉES LORS DE L'ÉCHANGE					
Drainage inférieur à 70 % de la quantité injectée (ne pas injecter)	☐	☐	☐	☐	☐
Liquide drainé trouble	☐	☐	☐	☐	☐
Liquide drainé rosé ☐ Menstruation	☐	☐	☐	☐	☐
Injection impossible	☐	☐	☐	☐	☐
Initiales					
ÉVALUATION DE L'USAGER LE MATIN					
Données cliniques	Problématiques		Notes complémentaires		
Poids du jour : _____ kg	☐ Aucune problématique		hh:mm		
Poids précédent : _____ kg	☐ Douleur abdominale		hh:mm		
TA : _____ FC : _____	☐ ↓ ou ↑ du poids de 2 kg ou plus		hh:mm		
Œdème : ☐ Oui ☐ Non	☐ Œdème de NOVO		hh:mm		
	Localisation : _____		hh:mm		
	☐ Dyspnée ☐ Étourdissements		hh:mm		
	☐ Faiblesse ☐ Crampes musculaires		hh:mm		
	☐ Néphrologue de garde avisé		hh:mm		
Selles derniers 24h : ☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune problématique		hh:mm		
Prise de laxatif DIE : ☐ Oui ☐ Non	☐ Selles dures (Type 1 à 3)		hh:mm		
*Type de selles attendues selon échelle de Bristol = Molles (4 et plus)	☐ Absence de selles		hh:mm		
	☐ Néphrologue de garde avisé		hh:mm		
☐ Évaluation du site (selon score KT) et réfection du pansement cathéter intrapéritonéal	☐ Aucune problématique		hh:mm		
	☐ Œdème ☐ Croûte ☐ Rougeur		hh:mm		
	☐ Écoulement ☐ Douleur		hh:mm		
Score du site d'émergence : _____	Si score KT supérieur ou égal à 3 :		hh:mm		
*Se référer au tableau « Score KT » (au verso)	☐ Fuite liquide (solution) au site KT		hh:mm		
	☐ Peau d'orange de l'abdomen		hh:mm		
	☐ Néphrologue de garde avisé		hh:mm		
Signature de l'infirmière : _____			Date : _____ aaaa/mm/jj		

Nom : Prénom : #Dossier :

CONTAMINATION	
PROBLÉMATIQUE	ACTIONS
☐ Aucune problématique ☐ Contamination de l'embout du cathéter ☐ Ouverture/déconnexion accidentelle de la ligne ☐ Perforation du cathéter ☐ Bris de matériel pendant l'échange	☐ Validation que le cathéter est bien fermé ☐ Embout protégé avec un nouveau bouchon ☐ Cathéter clampé entre la rupture et l'abdomen avec petite pince blanche ☐ Néphrologue de garde avisé
NOTES COMPLÉMENTAIRES / SIGNATURE	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	

SCORE KT - ÉVALUATION DU SITE D'ÉMERGENCE

	0 point	1 point	2 points
Œdème	Non	inférieur 0,5 cm	supérieur 0,5 cm
Croûte	Non	inférieur 0,5 cm	supérieur 0,5 cm
Rougeur	Non	inférieur 0,5 cm	supérieur 0,5 cm
Douleur	Non	Légère	Importante
Écoulement	Non	Sérieux	Purulent

Référence : OC-6079 Initier soins et surveillance site d'émergence cathéter dialyse péritonéale

NOTES COMPLÉMENTAIRES / SIGNATURE	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	

☐ Télécopie envoyée _____aaaa/mm/jj_____ hh:mm par : _____(initiales)_____

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE