Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

Installation : _____

CODE ROSE NÉONATAL
POST-PARTUM IMMÉDIAT

Date : aaaa/mm/jj Heure de naissance : hh:mm Poids : _____ Kg ☐ Réel ☐ Estimé

Endroit : _____ Code lancé à : hh:mm Arrivée de l'équipe à : hh:mm

EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ										
☐ **Heure réelle** (hh:mm) ☐ **Heure de vie** (hh:mm:ss)										
Coloration	**R** = Rose **A** = Acrocyanose **P** = Pâle **C** = Cyanose									
Tonus	**MA** = Mouvements actifs (*flexion membres*) **HYP** = Hypotonique **F** = Flasque									
Respiration	**B** = Bonne / Bons pleurs **RA** = Rapide **L** = Lente **AP** = Apnée **G** = Gasps									
Tirage	**A** = Absent **SC** = Sous-costal **SS** = Sous-sternal **IC** = Inter-costal **SUS** = Sus-sternal									
Battement ailes du nez	**A** = Absent **P** = Présent *Battement ailes du nez (BAN)*									
Initiales										

☐ **Heure réelle** ☐ **Heure de vie**											**PARAMÈTRES VITAUX**
h	**min**	**s**	**FC**	**FR**	**T°**	**Sat**	**FiO_2**	**$ETCO_2$**	**VPP/ PPC**	**MR SOPA**	**Notes d'observation / Signatures**

MR SOPA : **M** = Masque **R** = Remettre tête en position **S** = Aspirer sécrétions **O** = Ouvrir bouche **P** = ↑ Pip **A** = Autre méthode (masque laryngé, tube endo)

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

Nom : Prénom : #Dossier :

Pédiatre avisé : _____ Par : _____ hh:mm

☐ **Heure réelle** ☐ **Heure de vie**	**SOINS AVANCÉS - CARDIORESPIRATOIRE**				FiO_2	Fin
h:min:s	Masque laryngé : Grandeur : _____	Par : initiales	h:min:s	VPP : _____		
h:min:s	Intubation, Tube # : _____	CO_2 : _____	h:min:s	CPAP :_____ PPC : _____		
	Fixé à : _____	Par : initiales	h:min:s	Compressions thoraciques	☐ 100%	

☐ **Heure réelle** ☐ **Heure de vie**	**SOINS AVANCÉS - VOIES DE PERFUSION**			
h:min:s	☐ Voie ombilicale (OMB) :	# Cathéter : _____		Installée par : _____
h:min:s	☐ Voie intra-osseuse (IO) :	# Cathéter : _____	Site : _____	Installée par : _____
h:min:s	☐ Voie intraveineuse (IV) :	# Cathéter : _____	Site : _____	Installée par : _____

☐ **Heure réelle** ☐ **Heure de vie**	**EXAMENS DIAGNOSTICS — LABO**					
h:min:s	☐ FSC	☐ Glucose	☐ Gaz capillaire	☐ Gaz veineux	☐ Hémocultures	☐ Radiographie poumons
h:min:s				h:min:s		
h:min:s				h:min:s		

MÉDICAMENTS ET PERFUSION IV (BOLUS)

☐ **Heure réelle** ☐ **Heure de vie**	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s	h:mm:s
Épinéphrine 0,1 mg/mL (*seringue commerciale*) : 1 mL/kg **endotrachéal** soit _____mL **Mesuré dans seringue de 3 mL* → *Administrer 1 seule dose*											
Épinéphrine 0,1 mg/mL (*seringue commerciale*) : 0,2 mL/kg IV soit _____ mL, q 3 à 5 min **Mesuré dans seringue de 1 mL* → *Rincer avec 3 mL de NaCl 0,9 %*											
Bolus NaCl 0,9 % à 10 mL/kg en 5 à 10 min soit_____ mL											
Culot globulaire 10 mL/kg en 5 à 10 min soit _____ mL # de lot											
Soluté :_____											
Ordre verbal donné par (Initiales)											
Préparé par (Initiales)											
Donné par (Initiales)											

* Légende : IO : Intra-osseuse IV : Intraveineuse ET: Endotrachéale OMB : Intra-ombilical

Fin des manœuvres à : hh:mm | ☐ Réanimé ☐ Décès constaté par Dr _____ Heure : hh:mm

Transfert : ☐ Unité de soins intermédiaires ☐ Inter-hospitalier : _____ ☐ Morgue

☐ Accompagné par : _____ Heure : hh:mm

MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Profession	Nom	Initiales	Profession	Nom	Initiales
Médecins			Inhalothérapeutes		
Infirmières			Anesthésiologiste		
			Gynécologue		
			Pédiatre		
			Autres		

Signature de l'infirmière responsable des notes : _____ Date : aaaa/mm/jj

Signature du médecin : _____ # de permis : _____ Date : aaaa/mm/jj