

Installation : _____

GRILLE DE DÉTECTION DES MAUX PHYSIQUES (DPD)

*En cas de présence de fièvre, consulter l'outil «AMC-DSIEU-6104-Aides-soignants-Valeurs des signes vitaux »

(911) = Si l'utilisateur à ce problème composer le 911 immédiatement

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
Alimentation et hydratation ☐ 1-Semble avoir moins d'appétit qu'à l'habitude ☐ 2-Ne mange pas de tout, refuse beaucoup d'aliments ☐ 3-Refuse de boire ☐ 4-Soif fréquente et importante ☐ 5-A connu ou semble avoir connu une variation du poids récemment ☐ 6-Régurgite ou vomit après un repas ☐ 7-A mauvaise haleine, donne l'impression de mâchouiller/ mastiquer quelque chose alors qu'il n'y a rien dans la bouche ☐ 8-Est agité après les repas, touse, se racle la gorge, a la voix enrouée	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ Fréquence : _____ Précisions (incluant un journal alimentaire si requis, mesure du poids, etc.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____	Vérifier : ☐ Si l'utilisateur se sent bien (demander de verbaliser l'état si possible) Surveiller la présence d'autres signes : ☐ Fièvre * ☐ Nausées et vomissements, diarrhées ou constipation ☐ Indices de déshydratation (bouche sèche, urine foncée et moins fréquente, étourdissements, absence de larmes) ☐ Si l'alimentation peut être en cause (choix des aliments, nourriture salée) ☐ Si l'utilisateur a des particularités à l'intérieur de la bouche et s'il y a une difficulté à avaler : _____	Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

Dossier :

[illegible]

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
			Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: Nom de la personne : Directives reçues : Étapes à poursuivre :
Respiration ☐ 1-Difficulté à respirer, cherche son air (911) ☐ 2-A le contour des lèvres bleuté et/ou les lèvres bleutées (911) ☐ 3-Apparition de toux, tousses plus qu'à l'habitude	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? :	Vérifier : ☐ Si l'utilisateur fait de la fièvre * ☐ S'il y a présence de douleur ☐ Si l'utilisateur est connu pour des allergies (ex. allergies saisonnières)	Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
☐ 4-A des sécrétions (crachats) ☐ 5-A le nez qui coule	Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant couleur des sécrétions.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état	☐ Si d'autres personnes dans l'environnement ont des symptômes similaires	☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____ Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant couleur des sécrétions.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____ _____

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
<u>Yeux</u> ☐ 1-A les yeux rouges ☐ 2-A les yeux qui coulent ☐ 3-Se frotte les yeux ☐ 4-A des sécrétions/croûtes aux yeux ☐ 5-Blessure ou douleur subite à l'œil (911 selon la gravité)	<u>Numéro de l'élément observé :</u> _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant couleur des sécrétions.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<u>Vérifier</u> ☐ S'il y a de la douleur ☐ Si l'usager est connu pour des allergies (ex. allergies saisonnières) ☐ Si d'autres personnes dans l'environnement ont des symptômes similaires	<u>Recommandation(s) de :</u> ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ <u>Directives :</u> (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant couleur des sécrétions.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
<u>Urine</u> ☐ 1-A connu une apparition d'incontinence urinaire ☐ 2-Urine de manière fréquente et en petite quantité ☐ 3-Urine lentement, écoulement lent (ex. par goutte) ☐ 4-Urine de façon peu fréquente, l'urine paraît très concentrée ☐ 5-Urine a une mauvaise odeur/odeur inhabituelle	<u>Numéro de l'élément observé :</u> _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ Fréquence : _____ Précisions (incluant la quantité de liquide consommée, l'aspect de l'urine : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<u>Vérifier :</u> ☐ S'il y a présence de douleur lorsque l'usager urine ☐ S'il y a présence de fièvre * ☐ Si l'hydratation est suffisante (1,5 à 2 L d'eau par jour si aucune restriction liquidienne) <u>Essayer :</u> Un horaire d'élimination à heures régulières en cas d'incontinence Stimuler l'hydratation (si aucune restriction liquidienne)	<u>Recommandation(s) de :</u> ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ <u>Directives :</u> (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ _____ Précisions (incluant la quantité de liquide consommée, l'aspect de l'urine : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
Selles ☐ 1-A connu une apparition d'incontinence fécale (incapable de se retenir) ☐ 2-Des selles de couleur anormale : ☐ Noires ☐ Verdâtres ☐ Blanchâtres ☐ Présence sang clair (811) ☐ 3-Semble constipé (petite selle dure ou absence de selle), a de difficulté à aller à la selle ☐ 4-Présente des selles liquides ou de la diarrhée ☐ 5-Pleurs ou faciès crispé avant ou pendant sa selle	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ Fréquence : _____ Précisions (incluant la coloration, la consistance, habitudes de l'usager.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Vérifier : ☐ Douleur au ventre ☐ Une diminution de l'appétit ☐ Des nausées ☐ Des vomissements ☐ Des épisodes répétés de diarrhée ☐ Si l'alimentation peut être en cause (aliments particuliers) Spécifiez : _____ _____ _____ ☐ Si l'hydratation est suffisante (1,5 à 2 L d'eau par jour si aucune restriction liquidienne)	Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	<u>Numéro de l'élément observé :</u> _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant la coloration, la consistance, habitudes de l'utilisateur.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		<u>Recommandation(s) de :</u> ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ <u>Directives :</u> (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
<u>Niveau d'éveil et sommeil</u> ☐ 1-Est moins actif ou réactif qu'à l'habitude, plus ralenti ☐ 2-Est plus fatigué, est somnolent ☐ 3-Dort davantage qu'à son habitude ou a besoin de faire plus de sieste ☐ 4-A le sommeil agité, se réveille la nuit ☐ 5-A de la difficulté à s'endormir	<u>Numéro de l'élément observé :</u> _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ Fréquence : _____ Précisions (incluant la qualité des dernières nuits, temps de sommeil, heure du coucher et lever, nombre de réveils.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<u>Vérifier :</u> ☐ S'il y a présence de fièvre* ☐ S'il y a des changements dans les habitudes de vie ou de milieux fréquentés (source de stress) ☐ Si l'alimentation peut être en cause (ex. prise d'aliments stimulants avant le coucher (café, chocolat, etc.)) ☐ Si l'utilisateur ronfle ou respire bien durant son sommeil ☐ Si l'utilisateur a eu un coup à la tête ☐ Si utilisateur d'appareil BIPAP-CPAP <u>Essayer :</u> Favoriser la détente par diverses modalités (ex. lumière tamisée, musique douce, aromathérapie, etc.)	<u>Recommandation(s) de :</u> ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ <u>Directives :</u> (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant la qualité des dernières nuits, temps de sommeil, heure du coucher et lever, nombre de réveils.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
<u>Peau et circulation sanguine</u> ☐ 1-A des rougeurs ☐ 2-A des ecchymoses («bleus») ☐ 3-A des lésions à la peau : ☐ Plaies ☐ Croûtes ☐ Éruptions cutanées (boutons, irritation) ☐ Présence d'un écoulement ☐ Lésions de grattage ☐ Démangeaison ☐ 4-A la peau très sèche ☐ 5-A un ou des membres colorés : ☐ Rougeâtre, ☐ Grisâtre, ☐ Bleuté, ☐ Blanchâtre, ☐ Noirâtre (911) ☐ 6-A un ou des membres enflés ☐ 7-A un ou des membres chauds ou froids au toucher	<u>Numéro de l'élément observé :</u> _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (si le problème s'aggrave.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____	<u>Vérifier :</u> ☐ Si l'utilisateur a chuté, s'est cogné ou a des comportements d'automutilation ☐ Si l'utilisateur peut bien bouger ses membres ☐ Si l'utilisateur est resté immobile ☐ Si les aides techniques (ex. orthèse, bas compressif, fauteuil roulant, etc.) sont bien installés, intacts et sans bris	<u>Recommandation(s) de :</u> ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ <u>Directives :</u> (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (si le problème s'aggrave.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (si le problème s'aggrave.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
Conditions physiques ☐ 1-A chuté, fait des chutes ☐ 2-Semble avoir des pertes d'équilibre ☐ 3-Marche ou propulse son FR de manière inhabituelle ☐ 4-Maux de tête ☐ 5-A un changement dans posture (au lit, lorsqu'assis, debout) ☐ 6-Effectue ses transferts différemment ou participe moins qu'à l'habitude ☐ 7-Ne veut pas qu'on le touche à certains endroits (douleur) ☐ 8-Se touche, se frotte à certains endroits de manière excessive	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (noter signes, endroits en cause, si chute préciser le moment et l'endroit) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Vérifier : ☐ S'il y a présence d'autres signes, en particulier pour ce qui est du sommeil et de l'alimentation pour la diminution de la mobilité ☐ S'il y a présence de douleur Consulter un professionnel de la santé en cas de pertes d'équilibre et de chutes. Pour les ressources d'hébergement : se référer à l'algorithme d'intervention immédiate post chute et assurer la surveillance post chute	Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (noter signes, endroits en cause, si chute préciser le moment et l'endroit) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
<u>Ventre</u> ☐ 1-A le ventre dur ☐ 2-A le ventre gonflé ☐ 3-A le ventre douloureux au toucher ☐ 4-Refuse de se laisser toucher le ventre ☐ 5-Menstruation Date des dernières menstruations si connues : _____	<u>Numéro de l'élément observé :</u> _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant les zones de douleur, la région du ventre.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<u>Vérifier :</u> ☐ S'il y a présence de fièvre * ☐ Douleur ☐ S'il y a présence d'autres signes : perte d'appétit, nausées et vomissement, diarrhée À quand remonte la dernière selle : : La fréquence : À quand la dernière urine : La fréquence des urines des derniers temps :	<u>Recommandation(s) de :</u> ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ <u>Directives :</u> (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
	Numéro de l'élément observé : _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant les zones de douleur, la région du ventre .) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Recommandation(s) de : ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ Directives : (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
<u>Transpiration</u> ☐ Présente de la transpiration en quantité inhabituelle ou un épisode de transpiration très abondante	<u>Numéro de l'élément observé :</u> _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions (incluant les activités préalables à l'épisode de transpiration.) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<u>Vérifier :</u> ☐ S'il y a présence de fièvre * ☐ S'il y a présence d'autres signes (ex. pâleur) ☐ Si l'utilisateur a trop chaud ☐ S'il respire bien ☐ S'il y a présence de douleur ☐ Pour un usager diabétique, si la glycémie est inférieure à 4.0 mmol/L (hypoglycémie)	<u>Recommandation(s) de :</u> ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ <u>Directives :</u> (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

Dossier :

Observations Documenter les observations	Précisions	Actions et pistes de réflexion	Directives Poursuivre les démarches jusqu'à obtention de directives claires
<u>Autres</u> ☐ Présente d'autres signes ou symptômes Spécifier : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<u>Numéro de l'élément observé :</u> _____ ☐ Nouvellement observé ☐ Changement/évolution de l'état Depuis quand ? : _____ _____ Fréquence : _____ _____ Précisions: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		<u>Recommandation(s) de :</u> ☐ Intervenant pivot (si disponible) ☐ Pharmacien ☐ Infirmière (si disponible) ☐ 811 ☐ 911 (tel qu'indiqué dans la colonne observation) ☐ Autre: _____ _____ <u>Directives :</u> (Indiquez les informations reçues de la personne contactée) Date et heure: _____ _____ Nom de la personne : _____ _____ Directives reçues : _____ _____ _____ _____ _____ Étapes à poursuivre : _____ _____ _____ _____ _____

NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER

Nom, Prénom :

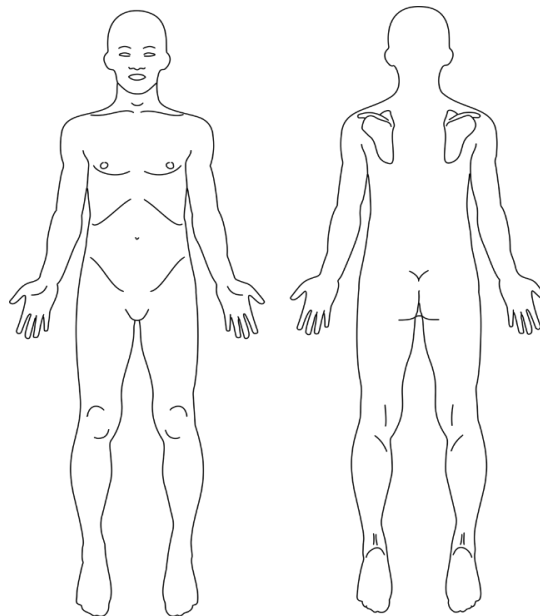
Dossier :

<u>Notes supplémentaires :</u>	

Nom, Prénom :

Dossier :

Localisation de la douleur Inscrivez l'endroit qui semble être douloureux chez l'utilisateur avec l'aide d'un **X** sur le schéma.



Complété par : _____

Nom et Signature

Date : _____

aaaa-mm-jj

Titre : _____

Coordonnées : _____

Pour familles et milieux de vie :

Copie envoyée à :

Date :