

NOTES D'ÉVOLUTION

Soins infirmiers



DT9076

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

chambre : _____

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

NOTES ET SIGNATURES

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES (PA) REQUISES:

Contact: A B Contact + (C) Gouttelettes Aériennes Protection oculaire

RAISON DE LA MISE EN PLACE DES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES:

Connu colonisé ou infecté par bactérie(s) multirésistante(s) (BMR): _____

Ayant un avis de contact d'une BMR au dossier:

Selon questionnaire d'admission: _____

Autres: _____

BMR	Site (à cocher)				Date de prélèvements à faire ou faits			
	Narines	Rectum	Plaie	Autres Préciser	Jour 0	Jour 3	Jour 7	Jour 14
SARM								
ERV								
EPC								
Candida auris								

Recherche de *Clostridium difficile*

Recherche d'influenza/VRS

Recherche virale dans les selles

SARS-CoV-2: _____

Autres: _____

ÉVALUATION CLINIQUE:

DURÉE DES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES:

Signature de l'infirmière: _____ Date: _____

N.B. Cette note au dossier prévaut seulement pour l'hospitalisation actuelle

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

NOTES ET SIGNATURES

INTERVENTIONS:

Rencontre avec Usager Famille Date: _____ Remise du dépliant _____

Enseignement Date: _____ Hygiène des mains Précautions additionnelles

Mesures lors du retour dans le milieu de vie _____

Usager-partenaire (précautions additionnelles):

Autres:

Signature de l'infirmière: _____ Date: _____

DATE

Année Mois Jour