
DESTINATAIRES :	Infirmières et infirmières auxiliaires Unité transitoire réadaptation fonctionnelle (UTRF) Cotonniers
EXPÉDITEUR :	Geneviève Leboeuf, conseillère cadre à l'organisation du travail, DSIEU Angèle Bergevin, coordonnatrice intérimaire accès et maintien de l'autonomie, DSSADG
DATE :	Le 20 septembre 2021
OBJET :	Rédaction des notes d'observations infirmières

Bonjour,

Comme stipulé par l'énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers (OIIQ) et afin d'assurer un soutien clinique à la pratique infirmière, la documentation des soins infirmiers doit :

- Contenir l'information **pertinente, exacte et complète**;
- Être **organisée** de façon à : offrir un accès facile et rapide à l'information et favoriser la complémentarité des divers outils utilisés.

Pertinence : La documentation doit être définie par son bien-fondé en regard de la situation de santé de l'usager, de son évolution, des décisions cliniques, des interventions, de leurs résultats et de la continuité des soins.

Exactitude : Les données subjectives et objectives doivent inclure les éléments essentiels et ne pas prêter à interprétation. Il est recommandé de noter l'information le plus tôt possible après l'évaluation, le soin, le traitement, etc. afin de respecter la contemporanéité de la note.

Complétude : Le contenu doit permettre de soutenir et d'expliquer les décisions diagnostiques et thérapeutiques de l'infirmière. La documentation doit comporter des notes dont le contenu et la fréquence sont suffisants pour suivre l'évolution de la situation de santé de l'usager et de dépister un changement chez un usager dont la condition est stable.

Organisation :

Pour l'UTRF, la DSIEU recommande la méthode des notes ciblées qui est centrée sur les besoins de l'usager et sur l'évolution de sa situation de santé. Elle consiste à cibler les éléments nécessitant une intervention en soins infirmiers (ex. : problème de santé spécifique, signe ou symptôme, altération de l'état de santé, etc.).

La DSIEU permet d'utiliser la méthode des notes par exception qui se caractérise par l'importance qu'elle accorde à ce qui dévie de la normalité. Par contre, lorsqu'une situation particulière se présente, l'infirmière et l'infirmière auxiliaire devront détailler les particularités dans une note narrative pertinente, exacte et complète.

Ces méthodes se parachèvent par la tenue et la mise à jour des documents complémentaires tels que :

- Le cardex;
- Le plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Les formulaires d'enregistrement systématique (ex : paramètres vitaux, glycémie, ingesta/excreta, FADM, etc.);
- Des formulaires de collectes de données;
- Des formulaires de dépistage et d'évaluation;
- Etc.

En plus des éléments mentionnés ci-dessus, une fois par semaine, **l'infirmière** de l'utilisateur devra procéder à une note narrative qui fera état de l'évolution de l'utilisateur par rapport à la semaine précédente. La première note narrative se fait le jour de l'admission et une fois par semaine par la suite.

En conclusion, il faut retenir que la documentation en soins infirmiers est une responsabilité professionnelle. Les informations consignées au dossier de l'utilisateur témoignent de l'évolution de sa situation de santé, des interventions infirmières et des résultats obtenus chez l'utilisateur. La documentation constitue un élément essentiel de l'exercice, lié à la sécurité des soins.

Pour plus de détails, veuillez consulter l'énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers, OIIQ, 2002.

https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/173_doc.pdf

Merci de votre précieuse collaboration.

GL/AB