



MOCLI60744

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

NOTE D'ÉVOLUTION EN SOINS INFIRMIERS POSTPARTUM - UNITÉ D'OBSTÉTRIQUE

Date : ____/____/____ Date d'admission : ____/____/____

Postpartum Jour # : ____

Précautions additionnelles : _____ ☐ Débutées : ____/____ ☐ En cours ☐ Cessées : ____/____

Consignes : Se référer au processus clinique PRC-DPJASP-XX Consignes pour la documentation de la Note d'évolution en soins infirmiers – PostPartum Unité d'obstétrique

OBSERVATIONS/INTERVENTIONS											
☐ Accouchement vaginal OU ☐ Césarienne; se référer à la RSI-6025 Soins et surveillance postopératoire											
NUIT		Heure		JOUR		Heure		SOIR		Heure	
SÉCURITÉ											
Bracelets en place : ☐ Identité ☐ Allergie ☐ Débitmètre O ₂ et aspiration murale fonctionnels				Bracelets en place : ☐ Identité ☐ Allergie ☐ Débitmètre O ₂ et aspiration murale fonctionnels				Bracelets en place : ☐ Identité ☐ Allergie ☐ Débitmètre O ₂ et aspiration murale fonctionnels			
Initiales				Initiales				Initiales			
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
AUTONOMIE/MOBILITÉ											
Déplacements : ☐ Autonome ☐ Aide* : _____ ☐ Repos au lit* ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Chute* [®] ☐ Membres inférieurs normaux ☐ Thérapie de compression* : _____				Déplacements : ☐ Autonome ☐ Aide* : _____ ☐ Repos au lit* ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Chute* [®] ☐ Membres inférieurs normaux ☐ Thérapie de compression* : _____				Déplacements : ☐ Autonome ☐ Aide* : _____ ☐ Repos au lit* ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Chute* [®] ☐ Membres inférieurs normaux ☐ Thérapie de compression* : _____			
Initiales				Initiales				Initiales			
CLI-60250 Évaluation dépistage risque de chute périnatale; CLI-60249 Évaluation surveillance post chute											
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
PARTICULARITÉS/SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
FONCTION RESPIRATOIRE											
☐ Eupnée ☐ Auscultation* ☐ Initiales ☐ Inspirométrie*				☐ Eupnée ☐ Auscultation* ☐ Initiales ☐ Inspirométrie*				☐ Eupnée ☐ Auscultation* ☐ Initiales ☐ Inspirométrie*			
Inspirométrie : mentionner la fréquence											
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
PARTICULARITÉS/SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
NUTRITION/HYDRATATION											
☐ S'alimente bien ☐ S'hydrate bien ☐ NPO* Diète : _____ ☐ Initiales ☐ Cycle glycémique [®]				☐ S'alimente bien ☐ S'hydrate bien ☐ NPO* Diète : _____ ☐ Initiales ☐ Cycle glycémique [®]				☐ S'alimente bien ☐ S'hydrate bien ☐ NPO* Diète : _____ ☐ Initiales ☐ Cycle glycémique [®]			
CLI-60023 Glycémie capillaire en obstétrique											
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
PARTICULARITÉS/SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											

#Dossier :

Dossier de l'utilisateur
Page 2 de 4

Nom, prénom :

#Dossier :

NUIT		Heure		JOUR		Heure		SOIR		Heure	
ÉTAT ÉMOTIF/CAPACITÉ D'ADAPTATION											
État de conscience® : ☐ Éveillé et alerte Prise en charge des besoins physiologiques de base du nouveau-né par le(s) parent(s) : ☐ Autonome et complète OU ☐ Graduelle avec support* OU ☐ Peu malgré encouragements* OU Adaptation ☐ Verbalise adaptation à son nouveau rôle* ☐ Verbalise la perception de l'accouchement* ☐ Réceptivité à l'enseignement Initialiales ☐ Liens d'attachement visualisés				État de conscience® : ☐ Éveillé et alerte Prise en charge des besoins physiologiques de base du nouveau-né par le(s) parent(s) : ☐ Autonome et complète OU ☐ Graduelle avec support* OU ☐ Peu malgré encouragements* OU Adaptation ☐ Verbalise adaptation à son nouveau rôle* ☐ Verbalise la perception de l'accouchement* ☐ Réceptivité à l'enseignement Initialiales ☐ Liens d'attachement visualisés				État de conscience® : ☐ Éveillé et alerte Prise en charge des besoins physiologiques de base du nouveau-né par le(s) parent(s) : ☐ Autonome et complète OU ☐ Graduelle avec support* OU ☐ Peu malgré encouragements* OU Adaptation ☐ Verbalise adaptation à son nouveau rôle* ☐ Verbalise la perception de l'accouchement* ☐ Réceptivité à l'enseignement Initialiales ☐ Liens d'attachement visualisés			
CLI-60412 Surveillance clinique usagers péridurale/neuroaxiale											
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
PARTICULARITÉS/SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
INTÉGRITÉ DE LA PEAU/SOINS D'HYGIÈNE											
Hygiène : ☐ Autonome ☐ Aide partielle* ☐ Périnée sans particularité ☐ Plaie périnée* ☐ Hémorroïdes* ☐ Plaie césarienne* ☐ Agrafes ☐ Points de rapprochement ☐ Aspect plaie (ROEER)* ☐ Glace : _____ ☐ Compresses hamamélis : _____ Pansement* ☐ Compressif ☐ Sec ☐ Alvéolaire ☐ TPN* Autre : _____ Initialiales ☐ Retiré* ☐ En place* ☐ Souillé*				Hygiène : ☐ Autonome ☐ Aide partielle* ☐ Périnée sans particularité ☐ Plaie périnée* ☐ Hémorroïdes* ☐ Plaie césarienne* ☐ Agrafes ☐ Points de rapprochement ☐ Aspect plaie (ROEER)* ☐ Glace : _____ ☐ Compresses hamamélis : _____ Pansement* ☐ Compressif ☐ Sec ☐ Alvéolaire ☐ TPN* Autre : _____ Initialiales ☐ Retiré* ☐ En place* ☐ Souillé*				Hygiène : ☐ Autonome ☐ Aide partielle* ☐ Périnée sans particularité ☐ Plaie périnée* ☐ Hémorroïdes* ☐ Plaie césarienne* ☐ Agrafes ☐ Points de rapprochement ☐ Aspect plaie (ROEER)* ☐ Glace : _____ ☐ Compresses hamamélis : _____ Pansement* ☐ Compressif ☐ Sec ☐ Alvéolaire ☐ TPN* Autre : _____ Initialiales ☐ Retiré* ☐ En place* ☐ Souillé*			
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
PARTICULARITÉS/SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm											
VOIE INTRAVEINEUSE/PÉRIDURALE											
Type de voie, calibre et localisation		Heure	En place	Installé	Retiré*	Apparence		Tubulure changée	Initialiales	PRÉLÈVEMENTS Initialiales	
						Site	Pans.				
1.	N	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	J	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	S	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
2.	N	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	J	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
	S	hh:mm	☐	☐	hh:mm			☐		hh:mm	
Apparence : Site : I=Intact P=Perméable ou [*] si particularités: infiltré, douleur, rougeur, chaleur, écoulement, etc. Pansement : P=Propre S=Souillé *Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S											
PARTICULARITÉS / SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											

#Dossier :

OUTILS CLINIQUES /SIGNATURE				
OC-6039 Initier les soins et surveillance en postpartum	Initiée : <u>hh:mm</u>	☐ En cours	☐ Cessée	Signature : _____
OC-6032 Prévenir et traiter l'hémorragie post-partum	Initiée : <u>hh:mm</u>	☐ En cours	☐ Cessée	Signature : _____
PRO-10140 Troubles hypertensifs reliés à la grossesse	Initiée : <u>hh:mm</u>	☐ En cours	☐ Cessée	Signature : _____
_____	Initiée : <u>hh:mm</u>	☐ En cours	☐ Cessée	Signature : _____
_____	Initiée : <u>hh:mm</u>	☐ En cours	☐ Cessée	Signature : _____

POST-OPÉRATOIRE IMMÉDIAT/EXAMENS/CONSULTATIONS/SIGNATURE	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S	

CONGÉ/FIN DE L'ÉPISODE DE SOINS	
☐ Enseignement postnatal donné ☐ Avis de continuité des services en périnatalité transmis ☐ Documents et explications donnés	☐ Départ : ____h:____m
Quitte : ☐ Seule ☐ Accompagnée : _____ ☐ Nouveau-né hospitalisé ☐ Autre* : _____	☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant ☐ Transfert* Initiales

[illegible]

Init.	Signature et titre	Init.	Signature et titre	Init.	Signature et titre