

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ  
NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM  
Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## CRITERES DE REFERENCE SOINS INTERMEDIAIRES HOPITAL BARRIE MEMORIAL (CCU)

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm  
Allergies : \_\_\_\_\_ Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Niveau de soins au formulaire AH-744 : A B C D RCR : ☐ Oui ☐ Non

Éléments de surveillance : \_\_\_\_\_

Médecin requérant : \_\_\_\_\_ Médecin traitant/prise en charge : \_\_\_\_\_

### PRÉSENCE DE CRITÈRES DE RÉFÉRENCE

#### Problèmes respiratoires et cardiaques :

- ☐ Maladie respiratoire, MPOC ou fibrose pulmonaire décompensée nécessitant BiPAP ou Airvo
- ☐ Usager nécessitant une télémétrie ou un moniteur cardiaque (compléter *OIPI-675 Surveillance par télémétrie ou moniteur cardiaque*)
- ☐ Usager stable en isolement aérien nécessitant chambre à pression négative → Moniteur cardiaque sous supervision du CCU (compléter *OIPI-675 Surveillance par télémétrie ou moniteur cardiaque*)

#### État de santé général et surveillance clinique accrue :

- ☐ Usager à risque de détérioration et nécessitant une surveillance rapprochée
- ☐ Douleur non contrôlée
- ☐ État de conscience altéré : inconscient/délirium/symptôme de sevrage aiguë (compléter *OIPI-654 Sevrage d'alcool selon CIWA-modifiée*)
- ☐ Diabète instable sous perfusion d'insuline intraveineuse (compléter *OIPI-660 Insuline perfusion intraveineuse* ou *OIPI-736 Traitement aigu de l'acidocétose diabétique et de l'état hyperosmolaire – pour les cas confirmés*)
- ☐ Usager nécessitant l'utilisation d'un seul vasopresseur (compléter *OIPI-796 Vasopresseurs – Urgence et soins intensifs*)
- ☐ Suivi post choc anaphylactique

Autre : \_\_\_\_\_

### CONDITIONS REQUISES (Indiquer la présence des conditions du transfert à l'unité intermédiaire)

- Niveau de soins A, B ou C (compléter le niveau de soins AH-744)
- ☐ Usager nécessitant un moniteur cardiaque (compléter *OIPI-675 Surveillance par télémétrie ou moniteur cardiaque*)
- ☐ Usager nécessitant une surveillance infirmière continue/intermittente rapprochée

### CONDITIONS D'EXCLUSION

- ☐ L'usager ne remplit aucune des conditions d'exclusion mentionnées ci-dessous
- Usager intubé (transfert aux soins intensifs requis)
- Usager nécessitant l'utilisation de plusieurs vasopresseurs (transfert aux soins intensifs requis)
- Instabilité hémodynamique post réanimation adéquate, état de choc (transfert aux soins intensifs requis)
- Usager nécessitant une canule artérielle (transfert aux soins intensifs requis)
- Usager nécessitant un Pacemaker endo-veineux (transfert aux soins intensifs requis)
- Bloc auriculo-ventriculaire de 3<sup>e</sup> degré (transfert aux soins intensifs requis)
- Usager avec arythmie maligne réfractaire (transfert aux soins intensifs requis)
- Post arrêt cardiaque et réanimation cardiaque immédiate (transfert aux soins intensifs requis)
- Clientèle pédiatrique (moins de 18 ans)
- Niveau de soins D

\_\_\_\_\_

Date et heure (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_

Signature du prescripteur

\_\_\_\_\_

# permis

☐ Envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)

Heure d'envoi : \_\_\_\_\_

Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf.)