

Installation : _____

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

ORDONNANCE INITIALE USAGER SOUS OBSERVATION - URGENCE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

Diagnostic préliminaire : _____

Niveaux de soins : ☐ Se référer à AH-744

☐ Suivre indications suivantes

RCR : ☐ oui ☐ non

Intubation : ☐ oui ☐ non

Bi-pap : ☐ oui ☐ non

Observation : ☐ Revoir post bilan

☐ Garder à vue

Prévention des infections : ☐ Contact

☐ Gouttelettes

☐ Aériennes

☐ Protection (iso inversée)

☐ Autre : _____

☐ Revoir post _____

☐ Autre : _____

Surveillances :

☐ Signes vitaux : ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ QID ☐ Autre : _____

☐ Poids : ☐ Admission ☐ DIE ☐ Température rectale X 1

☐ Signes neurologiques : ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ QID ☐ Autre : _____

☐ Signes neurovasculaires : ☐ q 4 h ☐ Autre : _____

☐ Glycémie capillaire : ☐ q 1 h ☐ QID ☐ Selon ordonnance insuline

☐ Signes de sevrage (CIWA) : ☐ q 4 h + PRN ☐ Respecter sommeil (Référer à OIPI-654 sevrage alcoolique)

☐ Autre : _____

Soins :

☐ Moniteur ☐ A ☐ B ☐ C Raison : _____ (Référer à feuille moniteur)

☐ Oxygène pour saturation O₂ vise : _____ % ☐ Saturomètre en permanence

☐ Sonde urinaire ☐ Drainage libre ☐ Irrigation Précision : _____

☐ Bladder scan ☐ Cathétérisme _____

☐ Bilan ingesta/excreta ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ q 8 h

☐ Tube nasogastrique ☐ Diagnostique ☐ Drainage libre ☐ Succion intermittente basse

☐ Décompte de selles ☐ Décompte de serviettes

☐ Contention PRN ☐ Isolement PRN ☐ Garde préventive : _____

☐ Ne peut quitter sans réévaluation médicale ☐ Surveillance constante

Diète :

☐ NPO ☐ Progressive gastro ☐ Liquide strict ☐ Enrichie (clientèle 75 ans et +)

☐ Régulière ☐ Contrôlé en glucides ☐ Hyposodique (2,3 g) ☐ Cardiaque

☐ Dyalisé ☐ Liquides épaissis (nectar)

☐ Nutrition entérale ☐ Autre : _____

☐ Restriction liquidienne _____ mL/jour

Mobilisation :

☐ Selon tolérance ☐ Avec aide ☐ Marchette ☐ Chaise d'aisance ☐ Privilège toilette

☐ Tête de lit max _____° ☐ Repos au lit strict : Raison _____

☐ Risque thromboembolie veineuse (TEV) (Référer à OIPI-714 thromboprophylaxie médicale)

Autre : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**ORDONNANCE INITIALE USAGER SOUS
OBSERVATION - URGENCE
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

LABORATOIRES			
MAINTENANT			DEMAIN AM
☐ FSC	☐ Analyse d'Urine	☐ Code 50 ☐ 2 culots en réserve	☐ FSC
☐ Bilan de base / P1	☐ Culture d'urine ☐ cathé.	☐ TSH	☐ Bilan de base / P1
☐ CK	☐ Hémoculture adulte	☐ Bilan onco	☐ Tropo I
☐ Tropo I : _____	☐ Hémoculture pédiatrie	☐ Bilan Ca+ / Phos / Mg	☐ PT/RNI ☐ PTT
☐ PT/RNI ☐ PTT	☐ T° sup. ou égale à 37,8°C	☐ Procalcitonine	
☐ D-dimère (score : _____)	☐ T° sup. ou égale à 38,5°C		
☐ Lactate	☐ Gaz veineux		
☐ Bilan intox	☐ HCG ☐ urinaire ☐ sérique		
☐ Bilan hépatique / P4	☐ CRP		
☐ Lipase	☐ ProBNP		

RADIOGRAPHIES ET EXAMEN DIAGNOSTICS		
MAINTENANT	DEMAIN	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
☐ Rx : _____	☐ Rx : _____	
☐ Poumons ☐ PSA	☐ Poumons ☐ PSA	
☐ Écho ☐ abdo ☐ pelvien	☐ Écho ☐ abdo ☐ pelvien	
☐ autre	☐ autre	
☐ TO ☐ abdo ☐ pelvien	☐ TO ☐ abdo ☐ pelvien	
☐ cerebral ☐ Thorax	☐ cerebral ☐ Thorax	
☐ AngioScan pulmonaire	☐ AngioScan pulmonaire	
☐ VEMS ☐ pré ☐ post	☐ VEMS ☐ pré ☐ post	
☐ ECG	☐ ECG	

Consultations médicales :

☐ Cardiologie ☐ Chirurgie ☐ Gastro-entérologie ☐ Gynéco-Obstétrique ☐ Microbiologie
☐ Médecine interne ☐ Neurologie ☐ Pneumologie ☐ Psychiatrie ☐ Orthopédie
☐ Urologie ☐ Autre : _____

Consultations professionnelles :

☐ Travailleur social ☐ Nutrition ☐ Physiothérapie ☐ Inf. liaison ☐ Autre : _____

Hospitalisation à l'étage :

☐ Au nom du Dr _____ ☐ Télémétrie X _____ h (Référer à OIPI-675 surveillance par télémétrie)
☐ Garder à l'observation jusqu'à _____
☐ Autre : _____

Traitements et surveillances :

Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)