

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

CONGE DES SOINS INTENSIFS

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

☐ Congé des soins intensifs		☐ Usager stabilisé, transférable si besoin d'un lit aux soins intensif	
Hospitalisation au nom de : _____		À partir de : _____	
Surveillances			
☐ Signes vitaux :	☐ QID	☐ TID	☐ Autre : _____
☐ Oxygène pour SatO ₂ supérieure ou égale à : _____ %	☐ Inspirométrie	☐ Autre : _____	
☐ Signes neurologiques :	☐ QID	☐ TID	☐ Autre : _____
☐ Glycémie capillaire :	☐ QID	☐ Selon ordonnance insuline	☐ Autre : _____
☐ Moniteur ♥ ad congé :	☐ Oui	☐ Non	
☐ Télémétrie :	☐ Oui	☐ Non	(OIPI-675 Ordonnance de surveillance par télémétrie / moniteur cardiaque)
☐ Poids / Peser :	☐ DIE	☐ _____	
Soins			
☐ Sonde urinaire :	☐ Cesser	☐ Bladder scan post-miction q 8 h X _____	
☐ Cathétérisme si bladder scan supérieur ou égal à :	☐ 350 mL	☐ ou _____ mL	☐ Remettre sonde après 2 cathétérismes
☐ Bilan ingesta/excreta :	☐ Cesser	☐ q 8 h	
☐ Tube nasogastrique :	☐ Drainage libre	☐ Succion intermittente basse	
Diète			
☐ NPO	☐ Contrôlée en glucides	☐ Hyposodique (2,3 g)	☐ Enrichie
☐ Liquide strict	☐ Autre : _____		
☐ Restriction liquidienne	_____ mL/jour		
☐ Nutrition entérale : _____			
Mobilisation			
☐ Chaise d'aisance	☐ Lever pour toilettes	☐ Selon tolérance	
Thromboprophylaxie (OIPI-714 Thromboprophylaxie médicale)			
☐ Bas anti-embolique	☐ Bas à compression intermittente		
Consultations			
☐ Nutrition clinique	☐ Physiothérapie	☐ Ergothérapie	☐ Équipe de dysphagie
☐ Travailleur social	☐ Autre : _____		
Autres			
☐ Demander profil pharmaceutique à la pharmacie communautaire			
☐ Renvoyer par médecin : _____			
☐ Autre : _____			

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