

Installation : _____

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

ADMISSION
UNITE HOSPITALIERE DE SOINS VIRTUELS (UHSV)
SOINS ET SURVEILLANCES

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Admission au nom de : _____

Diagnostic : _____

☐ Usager répond aux critères d'admissibilité à l'unité hospitalière de soins virtuels

NIVEAUX DE SOINS (OBLIGATOIRE)

☐ Se référer à AH-744

SURVEILLANCES

☐ Poids ☐ Admission ☐ DIE ☐ q 2 jours Autre : _____
☐ Signes vitaux : ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ TID Autre : _____

Surveillance de la fréquence cardiaque (FC) et de la saturation (Sat O₂) par monitoring:

☐ Masimo (surveillance continue) ☐ Biobeat (intervalle q _____ min)

☐ Signes neurologiques : ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ TID Autre : _____
☐ Glycémie capillaire : ☐ q 1 h ☐ QID ☐ Selon ordonnance insuline

☐ Aviser le médecin/IPS si :

☐ Température supérieure ou égale à _____ °C ☐ Buccale ☐ Rectale
☐ Tension artérielle systolique (TAS) supérieure à _____ mmHg ou inférieure à _____ mmHg
☐ Fréquence cardiaque (FC) soutenue supérieure à _____ bpm ou inférieure à _____ bpm
Autre : _____

SOINS

☐ Oxygène pour SatO₂ supérieure ou égale à _____ %
☐ Sonde urinaire : ☐ 2 voies ☐ 3 voies Précision : _____
☐ Bilan ingesta/excreta : ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ q 8 h
☐ Tube nasogastrique : ☐ Drainage libre ☐ Succion intermittente basse
☐ Spirométrie
☐ CPAP/BIPAP de l'utilisateur pour apnée obstructive du sommeil connue

PRÉLÈVEMENTS ET EXAMENS

☐ Bilan septique si température supérieure ou égale à _____ °C ☐ Buccale ☐ Rectale
→ Bilan comprend (si non fait depuis 48 h) : Analyse et culture urine; Hémoculture x 2 q 20 min; Radiographie pulmonaire, dépistage virus respiratoires (COVID, VRS, influenza A et B).

Autre : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

ADMISSION
UNITE HOSPITALIERE DE SOINS VIRTUELS (UHSV)
SOINS ET SURVEILLANCES
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

DIÈTE

- ☐ NPO ☐ Contrôlée en glucides ☐ Hyposodique (2,3 g/jour) ☐ Enrichie
- ☐ Liquide stricte Autre : _____
- ☐ Restriction liquidienne _____ mL/jour
- ☐ Nutrition entérale → *Au besoin, remplir l'OIPI-917 Nutrition entérale*

MOBILISATION

- ☐ Selon tolérance ☐ Avec aide ☐ Marchette ☐ Chaise d'aisance ☐ Privilège toilette
- ☐ Tête de lit : _____°
- ☐ Mobilisation q 2 h → *Au besoin, remplir l'OIPI-714 Thromboprophylaxie*

TROMBOPROPHYLAXIE

- ☐ Bas anti-embolique ☐ Bas à compression séquentielle

CONSULTATION

→ *Remplir la ou les consultation(s) requise(s)*

- ☐ Nutrition clinique ☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie ☐ Équipe de dysphagie
- ☐ Microbiologie ☐ Chirurgie ☐ Neurologie ☐ Stomothérapeute

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.)

OIPI-981 Page 2 de 2

Ordonnance individuelle pré-imprimée
ADMISSION UHVS – SOINS ET SURVEILLANCES Dossier médical

ADMISSION
UNITE HOSPITALIERE DE SOINS VIRTUELS (UHSV)
SOINS ET SURVEILLANCES
(SUITE)

ANNEXE

Critères d'admissibilité

Cocher l'ensemble des critères correspondants à l'usager des sections 1 et 2
1. Critères obligatoires ☐ Stable hémodynamiquement ☐ N'est pas sous ventilateur ☐ Âgé de 18 ans et plus ☐ Sa condition permet de recevoir la médication intraveineuse prescrite au complexe, dans les plages offertes par l'infirmière dédiée aux thérapies intraveineuses, s'il y a lieu ☐ Si sa condition hématologique nécessite l'administration de produits sanguins et dérivés, elle doit permettre l'administration de ceux-ci en médecine de jour ☐ N'est pas en phase aiguë post opératoire de chirurgie ☐ N'est pas hospitalisé pour un diagnostic de santé mentale en phase aiguë ☐ N'est pas en possible sevrage de drogues ou d'alcool durant le séjour ☐ Ne nécessite pas de contention physique et/ou chimique ☐ Capable de gérer la technologie et les dispositifs de surveillance avec l'aide du personnel ☐ A fourni son consentement aux soins virtuels ☐ N'est pas en fin de vie imminente
2. Critères qui seront réévalués (avec l'équipe de l'unité d'hospitalisation virtuelle si coché) ☐ Aide à la mobilisation x 2 ☐ Présente des troubles cognitifs aigus suspectés ou confirmés (ex : délirium) ☐ Reçoit des soins palliatifs ☐ Ne s'alimente pas seul de façon sécuritaire ☐ Est porteur d'une bactérie multirésistante (BMR) ou est atteint d'une diarrhée associée à <i>Clostridium Difficile</i> ☐ Est incapable de suivre et de respecter les instructions de l'équipe soignante (ex : errant)
3. Critères COVID19 ☐ Si l'usager provient d'une unité où il y a une éclosion de COVID19, effectuer un test de détection antigénétique rapide et s'assurer qu'il soit négatif avant de l'accepter dans l'unité (<i>puis poursuivre les recommandations CISSMO en matière de PCI pour la suite de son hospitalisation</i>)