Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

UNITE VIRTUELLE DE SOINS (UVS)
ORDONNANCE D'ADMISSION

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Non autonome à la mobilisation
- Monitoring cardiaque en continu requis
- Oxygénothérapie demandée et tabagisme actif
- Troubles cognitifs ou de santé mentale aigus
- Réhydratation nécessaire par voie intraveineuse
- Problématiques connues et non résolues de consommation (drogue ou alcool)

Pour l'ensemble des critères d'exclusion, vous référer au document officiel des critères inclusion-exclusion

Transfert UVS : Dr _____ **Date d'admission :** _____AAAA-MM-JJ_____

En provenance de : ☐ Urgence ☐ Médecine générale ☐ Médecine interne ☐ Pneumologie Autre : _____

Diagnostic(s) : _____

☐ Tous les critères généraux sont rencontrés
☐ Tous les critères spécifiques sont rencontrés
☐ Critères NON rencontrés ne limitant pas l'admission (justification) :
_____

NIVEAU DE SOINS

☐ Se référer à AH-744

SURVEILLANCE

☐ Signes vitaux via dispositif Biobeat (Tracé cardiaque 1 dérivation requis) :
☐ DIE ☐ BID ☐ TID ☐ QID Autre : _____

OU

☐ Signes vitaux manuels (SecurMedic)
☐ DIE ☐ BID ☐ TID ☐ QID Autre : _____

☐ Poids ☐ Admission ☐ DIE ☐ q 2 jours Autre : _____

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

Aviser le médecin ou IPS si :

☐	Température supérieure ou égale à _____°C	☐ Buccale	☐ Rectale
☐	TAS supérieure à	_____ mmHg	ou inférieure à _____ mmHg
☐	TAD supérieure à	_____ mmHg	ou inférieure à _____ mmHg
☐	FC soutenue supérieure à	_____ bpm	ou inférieure à _____ bpm

Autre : _____

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis

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

UNITE VIRTUELLE DE SOINS
ORDONNANCE D'ADMISSION
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

SOINS

☐ Usager doit utiliser CPAP ou BIPAP personnel pour apnée obstructive du sommeil connue
☐ Ajuster l'oxygène pour obtenir une saturation (SpO_2) supérieure ou égale à _____ %
☐ Inspirométrie
☐ Sonde urinaire
☐ Bilan ingesta/Excreta : ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ q 8 h
Autre : _____

PRÉLÈVEMENTS ET EXAMENS

☐ Bilan septique si température supérieure ou égale à _____ °C ☐ Buccale ☐ Rectale
➢ *Bilan comprend (si non fait depuis 48 heures) : Analyse et culture urine, hémoculture x 2 q 20 min, radiographie pulmonaire*

Autre : _____
_____

DIÈTE

☐ Diète : ☐ Contrôlée en glucides ☐ Hyposodée (2,3 g) ☐ Enrichie
☐ Texture : _____ Autre : _____
☐ Restriction liquidienne _____ mL/jour ☐ Encourager l'hydratation

MOBILISATION

☐ Selon tolérance ☐ Encourager mobilisation ☐ Marchette ☐ Chaise d'aisance ☐ Repos au lit ☐ Privilège toilette
☐ Mobilisation q 2 h

THROMBOPROPHYLAXIE

☐ Bas anti-embolique ☐ Bas compression professionnel
se référer à l'*OIPI-714 Thromboprophylaxie*

CONSULTATION

☐ Médecine interne ☐ Pneumologie ☐ Ergothérapie ☐ Infirmière de liaison
☐ Microbiologie ☐ Service social ☐ Physiothérapie
Autre : _____

MODALITÉS DES SOINS ET TRAITEMENTS À RECEVOIR

☐ L'usager N'EST PAS AUTORISÉ à quitter son domicile ☐ L'usager EST AUTORISÉ à quitter son domicile
**Si le soin/traitement peut être administré dans les heures d'ouverture de la Clinique ambulatoire de soins infirmiers (CASI)*

Préciser : _____
_____

_____ _____ _____
Date et heure (aaaa/mm/jj) Signature du prescripteur # permis

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

UNITE VIRTUELLE DE SOINS
ORDONNANCE D'ADMISSION
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

TRAITEMENTS ET SURVEILLANCES

_____ _____ _____
Date et heure (aaaa/mm/jj) Signature du prescripteur # permis

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