

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## ADMISSION LORS D'HOSPITALISATION SOINS ET SURVEILLANCE

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergies : \_\_\_\_\_ Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

Admission au nom de : \_\_\_\_\_

☐ Demander profil pharmaceutique à la pharmacie communautaire

### NIVEAUX DE SOINS

☐ Se référer à AH-744

☐ Suivre les indications suivantes : ☐ Code bleu : ☐ Oui ☐ Non

☐ Intubation : ☐ Oui ☐ Non

☐ BiPAP ☐ Oui ☐ Non (soins intensifs seulement)

### SURVEILLANCES

☐ Poids ☐ Admission ☐ DIE ☐ q 2 jours

☐ Signes vitaux : ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ TID ☐ Autre : \_\_\_\_\_

☐ Signes neurologiques : ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ TID ☐ Autre : \_\_\_\_\_

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

☐ Échelle de délirium : ☐ q 8 h ☐ Autre : \_\_\_\_\_

☐ Télémétrie → Se référer à l'OIPI-675 Surveillance par télémétrie ou moniteur cardiaque

### SOINS

☐ Oxygène pour SatO<sub>2</sub> 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

### 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.

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

### DIÈTE

☐ NPO ☐ Contrôlée en glucides ☐ Hyposodiques (2,3g) ☐ Enrichie

☐ Liquide strict Autre : \_\_\_\_\_

☐ Restriction liquidienne \_\_\_\_\_ mL/jour

☐ Nutrition entérale → Se référer aux OIPI Nutrition entérale (Soins intensifs = OIPI-814; Autres secteurs = OIPI-917)

### MOBILISATION

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

☐ Tête de lit : \_\_\_\_\_ ° Repos strict : Raison \_\_\_\_\_

☐ Mobilisation q 2 h → Se référer à l'OIPI-714 Thromboprophylaxie médicale

### TROMBOPROPHYLAXIE

☐ Bas anti-embolique ☐ Bas à compression séquentielle

### CONSULTATION

☐ Nutrition clinique ☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie ☐ Équipe de dysphagie

☐ Microbiologie ☐ Chirurgie ☐ Neurologie ☐ Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date et heure (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_

Signature du prescripteur

\_\_\_\_\_

# permis

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

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
 AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Date et heure (aaaa/mm/jj)</div> <div>Signature du prescripteur</div> <div># permis</div> </div> |                       |                                             |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.)                                                                                                                                                                                                                                                             | Heure d'envoi : _____ | Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.) |