

Installation : _____

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

SURVEILLANCE PAR TELEMETRIE OU MONITEUR CARDIAQUE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Diagnostic : _____ Niveau de soins établi au formulaire AH-744 : A B C D
Stimulateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non RCR : ☐ Oui ☐ Non
Éléments de surveillance : _____ ☐ **Aucun retrait de la télémétrie sans autorisation du médecin***
HÔPITAL DU SUOÏT Surveillance de saturométrie requise : ☐ Oui ☐ Non → *Si oui, compléter le verso*
Indication de la saturométrie : _____

CATÉGORIE A : Monitoring requis pour 48 heures puis retrait automatique en absence d'arythmie significative**

- A**
- ☐ Infarctus aigu
 - ☐ Syncope (ou pré-syncope) présumée d'origine cardiaque
 - ☐ Angine instable sévère, documentée, souvent sous héparine IV
 - ☐ Hyperkaliémie (K⁺ supérieur à 6 mmol/L)
 - ☐ Arythmie récente ou grave, objectivée ou présumée, **préciser :** _____
 - ☐ Médication ou perfusion IV nécessitant une surveillance étroite, **préciser :** _____
 - ☐ Intoxication touchant le système cardiovasculaire ou intoxication sévère
 - ☐ Électrisation gardée sous observation
 - ☐ Accident vasculaire cérébral en phase aiguë
- Autre : _____

CATÉGORIE B : Monitoring requis pour 24 heures puis retrait automatique en absence d'arythmie significative**

- B**
- ☐ Douleur thoracique, possiblement liée à un syndrome coronarien aigu, avant l'obtention de deux bilans sanguins
 - ☐ Syncope (ou pré-syncope) présumée d'origine non cardiaque, avant l'obtention du diagnostic établi avec certitude
 - ☐ Trouble métabolique
 - ☐ Arythmie connue ou détectée par hasard, stable et sans rapport direct avec la raison de consultation, **préciser :** _____
 - ☐ Contusion myocardique soupçonnée
 - ☐ Médication ou perfusion IV nécessitant une surveillance étroite, **préciser :** _____
- Autre : _____

AUCUNE télémétrie / AUCUN moniteur cardiaque ne devrait être installé chez un usager en soins de confort (Niveau D)

Retrait automatique d'une télémétrie/d'un moniteur cardiaque, passé le délai attendu par la catégorie prescrite :
Télémétrie : Le retrait de la télémétrie peut être décidé par l'infirmière responsable aux soins intensifs en collaboration avec l'infirmière responsable de l'usager sur l'unité de soins
Moniteur cardiaque : Le retrait du moniteur cardiaque peut être décidé par l'infirmière de l'urgence
Dans les 2 cas : La décision peut être secondée au besoin par le médecin traitant, sauf si la directive « Aucun retrait de la télémétrie sans autorisation du médecin* » est cochée

***Si aucun retrait de la télémétrie sans autorisation du médecin → Réévaluation médicale quotidienne requise**

****Par arythmie significative, nous signifions :**

- Tachycardie ventriculaire
- Fibrillation ventriculaire
- Bloc auriculo-ventriculaire complet
- Bloc auriculo-ventriculaire de 2^e degré
- Tachycardie supra-ventriculaire avec réponse ventriculaire plus grande que 140 batt/min et durée de 10 secondes ou plus
- Pause de plus de 3 secondes
- Fibrillation auriculaire de novo
- Flutter auriculaire de novo
- Bradycardie soutenue inférieure à 40 batt/min

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

_____ Heure d'envoi :

_____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**SURVEILLANCE PAR TELEMETRIE
OU MONITEUR CARDIAQUE
(SUITE)**

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

HÔPITAL DU SUROÎT - SURVEILLANCE DE LA SATUROMÉTRIE

1-INSTALLATION DE LA SATUROMÉTRIE

☐ Surveillance requise pour _____ heures Saturation O₂ visée _____%

2-RÉGLAGE DES ALARMES

Réglage des alarmes	Limite inférieure		Limite supérieure	
	Standard	Personnalisée	Standard	Personnalisée
SpO ₂	90%	_____ %	Désactivée	_____ %

- Ne pas modifier le réglage des alarmes sans une nouvelle ordonnance médicale
- Si une alarme soutenue survient, en dehors des cibles prescrites, une évaluation de la condition physique de l'utilisateur est requise par l'infirmière responsable de l'utilisateur

3-OXYGÉNOTHÉRAPIE

Aviser le médecin, si la saturation O₂ visée est inatteignable et ce, tout en ayant atteint la maximum d'O₂ :

- ✓ O₂ 5L maximum via lunette nasale / CPAP
- ✓ O₂ 35% via Ventimask

4-CRITÈRES POUR RETRAIT DE LA SATUROMÉTRIE

- ☐ **Aucun retrait sans l'autorisation du médecin**
- ☐ Ne pas cesser la saturométrie entre 20 heures et 8 heures, attendre le lendemain
- ☐ Cesser la surveillance de la saturométrie, si les critères suivants sont atteints :
 - Aucun événement de désaturation soutenue (2 minutes) en dehors des limites prescrites dans les 8 dernières heures
 - Absence d'oxygénothérapie ou absence d'augmentation du niveau d'O₂
 - **Si critères non atteints, aviser le médecin**

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du médecin

permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)