

Renseignements généraux et planification de la rencontre	
Nom de l'employé : _____	Matricule : _____
Titre d'emploi : _____	Direction : _____
Unité de soins : _____	Période de référence : _____
Monitrices cliniques :	
Nom : _____	Titre : _____
Nom : _____	Titre : _____
Nom : _____	Titre : _____
Nom : _____	Titre : _____

	Initiales employées	Initiales monitrices	Date aaaa/mm/jj
Généralité équipements/appareillages			
1. Chariot à code/DEA/Appareil à succion			
2. Oxygénothérapie/Bonbonnes à oxygène			
3. Pompes à perfusion et mini-perfuseur (pousse-seringue) * (Apparence des pompes) ☐ Pompe à perfusion Hospira PLUM 360 ☐ Pousse-seringue Perfusor Space de B Braun			
4. Pompe d'alimentation entérale (gavage) Kangaroo OMNI			
5. Bas anti-emboliques, bandages de compression tubulaires (Tubigrips), talonnières, etc. ☐ Bandage de compression tubulaire « Tubigrips » - Préposés aux bénéficiaires (AMC-DSIEU-6098)			
6. Attelles, prothèses, orthèses, etc.*			
Dossier usager – collecte de données/dépistage			
7. Bilan fonctionnel de l'usager			
8. Approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ) : Signes A.I.N.É.E.S.** ☐ Tournée intentionnelle (AMC-DSIEU-6019)			
9. Prévention des chutes et interventions lors d'une chute			
10. Prévention, gestion et intervention en matière de suicide pour la clientèle (POL-10065)*			
11. Mesures de contrôle ☐ Mesures de remplacement (CLI-60058) (participer à la recherche) ☐ Installation des mesures de contrôle ☐ Formulaire Soins, intervention et surveillance liés aux mesures de contrôle CH/Déficience (CLI-60066) ☐ Détecteurs de mobilité (systèmes TABS, SMART, etc.) ☐ Matériel de mesures de contrôle			

	Initiales employées	Initiales monitrices	Date aaaa/mm/jj
12.Prévention et traitements des lésions de pression ☐ Horaire de positionnement de l'utilisateur ☐ Matelas thérapeutique ☐ Pansement, écrans de protection, talonnières			
13.Surveillance constante ☐ Formulaire Observations cliniques – Surveillance accrue (CLI-60113)			
14.Documentation ☐ Allergies/Poids/taille ☐ Dosage Ingesta/Excreta (CLI-60025) ☐ Décompte de selles Décompte de selles Grille d'élimination intestinale (CLI-60225) ☐ Journal alimentaire (Feuille dédiée)			
Accès informatiques			
15.Citrix (Windows) ☐ Vérification du code d'accès			
16.Logibec via intranet ☐ Vérification du code d'accès			
17.Outlook ☐ Vérification du code d'accès			
Outils cliniques			
18.Outils cliniques disponibles sur l'intranet ☐ Nos publications et documents ☐ Mon espace employé			
19.Répertoire des activités en soins infirmiers			
Organisationnel			
20.Organisation/fonctionnement par quart de travail (Jour/Soir/Nuit) : ☐ Travail en dyade ☐ Répartition des usagers ☐ Kardex ☐ Plan de travail ☐ Rapports interquart ☐ Rencontre debout ☐ Rencontres d'équipe ☐ Autres			
21.Rôle des autres professionnels de la santé : (se présenter aux professionnels) ☐ Physiothérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Travailleuse sociale ☐ Nutritionniste ☐ Orthophoniste ☐ Neuropsychologue ☐ Éducateur spécialisé ☐ Personne-ressource en encadrement clinique (PREC)			

	Initiales employées	Initiales monitrices	Date aaaa/mm/jj
22. Trajectoire de soins d'un usager ☐ Admission/Hospitalisation ☐ Congé ☐ Transfert : interunité et interétablissement ☐ Décès			
Sécurité			
23. Mesures d'urgence Code bleu ☐ Tirer cloche d'appel ☐ Sortir dans le couloir et crier « Code bleu » avec le numéro de la chambre ☐ Emplacement du chariot à précode/char à code ☐ Rôles des intervenants ☐ Transfert interétablissement, etc. Code blanc ☐ Tirer cloche d'appel ☐ Lancer le code - sortir dans le couloir et crier « Code blanc » avec le numéro de chambre ☐ Rôle des intervenants ☐ Distance sécuritaire ☐ Aide aux mesures de contrôle Code rouge ☐ Localisation Cartable rouge/Code rouge Mesures d'urgence : SIMU ☐ Localisation et fonctionnement du panneau d'alarmes Code jaune ☐ Rôle des intervenants ☐ Description de l'usager manquant			
24. Système de cloche			
25. Portes codées			
26. Tournées visuelles et surveillances accrues			
Alimentation			
27. Aide pour l'alimentation ☐ Fonctionnement des repas ☐ Feuilles de repas et de collation			
28. Alimentation d'un résident dysphagique (positionnement)			
Élimination			
29. Bassin de lit			
30. Urinal			
31. Condom et sonde urinaire			
32. Culotte d'incontinence			
33. Soins d'incontinence			
34. Chaise d'aisance			
35. Vidange de stomie			

	Initiales employées	Initiales monitrices	Date aaaa/mm/jj
36.Collecte urinaire 24 heures			
Hygiène			
37.Produits d'hygiène			
38.Bain partiel ou complet au lit			
39.Bain partiel au lavabo			
40.Bain complet à la baignoire			
41.Bain complet à la civière			
42.Guitare (hygiène des cheveux)			
43.Rasage			
44.Hygiène bucco-dentaire et prothétique (soins de bouche)			
Mobilisation/transfert			
45.Aides techniques à la marche (canne, marchette, etc.)			
46.Produits d'assistance à la mobilité (ex. : ceinture de marche)			
47.Mobilisation - Installation			
48.Transfert du lit au fauteuil et du fauteuil au lit			
49.Transfert avec levier			
50.Transfert avec levier sur rails			
51.Transfert avec verticalisateur/disque de transfert			
52.Transfert avec toile de bain			
53.Transfert avec toile de glissement			
54.Transfert avec planche de transfert			
55.Principes pour le déplacement sécuritaire des personnes (PDSP)			
56.Transport des résidents			
Matériel - entretien			
57.Cuisinette (matériel)			
58.Contenant à dentier			
59.Entreposage des déchets			
60.Bassin de lit			
61.Chaise d'aisance			
62.Surfaces thérapeutiques			
63.Fauteuils roulants et bases roulantes			
64.Levier (entretien des toiles, etc.)			
65.Bain (fonctionnement et nettoyage)			
66.Chariot de lingerie/lingerie souillée			
67.Objets personnels des résidents (vêtements, etc.)			

	Initiales employées	Initiales monitrices	Date aaaa/mm/jj
68.Sac Hygie			
Autres			
69.Prévention et contrôle des infections (PCI) : ☐ Localisation des affiches ☐ Hygiène des mains ☐ Équipements de protections individuelles			
70.Gestion de la qualité et des risques : ☐ Rapport de déclaration d'incident ou d'accident (SISSS)			

* Si sans objet à votre secteur d'activités : inscrire S/O

[illegible]

Signature de l'employé : _____ Date : aaaa/mm/jj

Signature de la monitrice clinique : _____ Date : ____/____/____

Signature de la monitrice clinique : _____ Date : ____/____/____

Signature de la monitrice clinique : _____ Date : aaaa/mm/jj

Signature de la monitrice clinique : _____ Date : ____/____/____

☐ Remis au chef de l'unité

☐ Consigné au dossier de l'employé