

Consignes pour la complétion de la <i>Note d'évolution en soins infirmiers – Unités de médecine, chirurgie et gériatrie</i>			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2022-05-26
		Révisé	
Personne(s) concernée(s)	Personnel en soins infirmiers des unités de médecine, chirurgie et gériatrie active		
Outils cliniques associés	CLI-60519 Note d'évolution en soins infirmiers – Unités de Médecine / Chirurgie / Gériatrie		

Consignes générales sur l'utilisation des notes évolutives

Les notes d'évolution 24 heures se font de manière chronologique, horizontalement et par quart de travail. Le jugement clinique de l'infirmier(ère) demeure la base de référence pour l'évaluation de l'usager.

Marquer d'un crochet (☑) chacune des cases lorsque des observations ou interventions ont été effectuées.

Une case libre signifie que le libellé n'est pas applicable à l'usager.

Faire un trait sur une section qui ne s'applique pas à l'usager.

Lorsqu'une case est cochée (☑) et que le sujet est suivi d'un exposant de type :

- « © » : rédiger vos impressions cliniques sur le CLI correspondant;
- « * » : rédiger une Note complémentaire détaillant la situation.

Au bas de chaque encadré des sections, cocher (☑) pour indiquer de voir la Note complémentaire :

→ Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S

Toujours respecter les principes suivants :

- Rédiger une Note complémentaire avec vos observations et interventions :
 - Lorsqu'une situation clinique complexe se présente;
 - Lors de particularités ou pour tout élément nécessitant des précisions;
 - Lors de communications avec les professionnels de santé au sujet de l'usager.
- Inscrire l'heure précise et apposer votre signature pour chaque Note complémentaire écrite.
- Compléter le PTI et y faire référence selon les besoins de l'usager.
- Identifier le formulaire en :
 - Adressographiant à l'endroit désigné, à la page 1;
 - Inscrivant le nom et le prénom de l'usager ainsi que son numéro de dossier, sur les pages suivantes.
- Remplir le formulaire en respectant les consignes décrites ci-dessous, selon chaque section.

Date : <u>aaaa/mm/jj</u> Date d'admission : <u>aaaa/mm/jj</u>
Précautions additionnelles : _____ ☐ Débuté : <u>hh:mm</u> ☐ En cours ☐ Cessé : <u>hh:mm</u>
<u>Inscription des dates :</u> • Inscrire la date du jour et la date d'admission.
<u>Précautions additionnelles :</u> • Inscrire si l'usager est sous précaution/isolement, soit : contact, gouttelettes, liquides biologiques, entérique, préventif, ERV, SARM, C. difficile, etc.; • Cocher (☑) si débuté, en cours ou cessé et indiquer l'heure à laquelle l'isolement a été initié ou cessé pendant votre présence ainsi que le nom de la personne ayant donné la directive.

Consignes pour la complétion de la Note d'évolution en soins infirmiers – Unités de Médecine / Chirurgie / Gériatrie

SÉCURITÉ			
Bracelets : ☐ identité/allergie ☐ vert (chute) ☐ Feuille de mobilité ☐ Chute® ☐ Appareil auditif ☐ D ☐ G ☐ Lunettes ☐ Surveillance constante® ☐ Dentier ☐ Ridelles : ____ / ____ → ☐ à la demande* ☐ Mesures de remplacement® ☐ PII® Initiales ☐ Mesures de contrôle® ☐ PII® Initiales	Bracelets : ☐ identité/allergie ☐ vert (chute) ☐ Feuille de mobilité ☐ Chute® ☐ Appareil auditif ☐ D ☐ G ☐ Lunettes ☐ Surveillance constante® ☐ Dentier ☐ Ridelles : ____ / ____ → ☐ à la demande* ☐ Mesures de remplacement® ☐ PII® Initiales ☐ Mesures de contrôle® ☐ PII® Initiales	Bracelets : ☐ identité/allergie ☐ vert (chute) ☐ Feuille de mobilité ☐ Chute® ☐ Appareil auditif ☐ D ☐ G ☐ Lunettes ☐ Surveillance constante® ☐ Dentier ☐ Ridelles : ____ / ____ → ☐ à la demande* ☐ Mesures de remplacement® ☐ PII® Initiales ☐ Mesures de contrôle® ☐ PII® Initiales	
CLI-60248 Dépistage risque de chute; CLI-60249 Évaluation / surveillance postchute; CLI-60113 Surveillance accrue; CLI-60058 Mesures de remplacement CLI-60057 Consentement mesures de contrôle; CLI-60059 Surveillance mesures de contrôle; CLI-60060 PII Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S			

Bracelet identité/allergies :

- Cocher (☒) si vous avez vérifié le port du bracelet d'identité. Si l'usager a des allergies, s'assurer que le bracelet d'allergie est en place et conforme.

Bracelet de chute (vert) :

- Cocher (☒) si vous avez vérifié le port du bracelet de chute (vert) pour un usager présentant un risque de chute.

Feuille de mobilité :

- Cocher (☒) si vous avez vérifié que la feuille de mobilité au chevet de l'usager est présente et à jour.

Chute® :

- Cocher (☒) si l'usager a chuté durant votre quart de travail. Vous devez documenter l'évènement de la chute en utilisant le [CLI-60249 Évaluation initiale et surveillance post-chute](#).
- Procéder à un nouveau dépistage du risque de chute à l'aide du [CLI-60248 Dépistage et évaluation du risque de chute](#).

Appareil auditif / dentier / lunettes de vue :

- Cocher (☒) si l'usager est en possession d'un appareil auditif (droit (D) ou gauche (G), d'un dentier ou de lunettes. L'usager n'a pas besoin de porter les appareils.

Surveillance constante® :

- Cocher (☒) si la surveillance constante est prescrite et qu'un intervenant est présent au chevet de l'usager. Rendre disponible et documenter le [CLI-60113 Surveillance accrue](#).

Ridelles :

- Cocher (☒) si présence de ridelles et indiquer le nombre de ridelles montées.
 - « à la demande* » : (☒) lorsque toutes les ridelles sont montées à la demande de l'usager, et, dans ce cas, documenter dans une Note complémentaire si l'usager respecte les 3 critères suivants :
 - L'usager est conscient des risques potentiels de l'utilisation;
 - L'usager est capable de demander de l'aide;
 - L'usager est capable d'attendre l'assistance pour abaisser la ridelle au besoin.
- Si toutes les ridelles sont montées par le personnel, sans respecter les critères mentionnés ci-haut, cela devient une mesure de contrôle. Vous devez alors rédiger une Note complémentaire et documenter le PII.

Mesures de remplacement® :

- Cocher (☒) si des mesures de remplacement ont été débutées ou sont utilisés pour l'usager. Documenter le [CLI-60058 Mesures de remplacement](#).

Mesure de contrôle® :

- Cocher (☒) si des mesures de contrôle ont été débutées pour l'usager (mesures de remplacement n'ont pas été efficaces). Rendre disponible et documenter le [CLI-60059 Surveillance mesures de contrôle](#). Documenter le [CLI-60060 Plan d'intervention mesures de contrôle](#) et [CLI-60057 Consentement mesures de contrôle](#) en contexte planifié.

PII® (Plan d'intervention interprofessionnel) :

- Cocher (☒) si un PII a été débuté ou s'il est appliqué. Documenter dans le [CLI-60060 Plan d'intervention mesures de contrôle](#) en contexte planifié. Rédiger une Note complémentaire pour détailler le contexte.

A			AUTONOMIE / MOBILITÉ		
☐ Repos au lit strict* Tête de lit _____° ☐ Position alternée : q _____ heures ☐ Transfert / marche : ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X _____ ☐ Aide technique : _____ ☐ Lever : _____ ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Circule : _____ ☐ Mise en charge : _____ % ☐ D ☐ G ☐ Bas anti-embolique* : _____ Initiales ☐ Bas compression intermittente* Initiales	☐ Repos au lit strict* Tête de lit _____° ☐ Position alternée : q _____ heures ☐ Transfert / marche : ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X _____ ☐ Aide technique : _____ ☐ Lever : _____ ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Circule : _____ ☐ Mise en charge : _____ % ☐ D ☐ G ☐ Bas anti-embolique* : _____ Initiales ☐ Bas compression intermittente* Initiales	☐ Repos au lit strict* Tête de lit _____° ☐ Position alternée : q _____ heures ☐ Transfert / marche : ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X _____ ☐ Aide technique : _____ ☐ Lever : _____ ☐ 1 ^{er} Lever* ☐ Circule : _____ ☐ Mise en charge : _____ % ☐ D ☐ G ☐ Bas anti-embolique* : _____ Initiales ☐ Bas compression intermittente* Initiales			
CLI-60301 Signes neurovasculaires <i>Particularités</i> : œdème - ↓pouls périphériques - ↓mobilité - faiblesse - perte d'équilibre - atrophie musculaire - perte de tonus - engourdissement/fourmillement/picotement - étourdissement - hypotension orthostatique, etc. Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S					
Repos au lit strict* : • Cocher (☒) si l'utilisateur est au repos au lit strict. Documenter dans la Note complémentaire, les circonstances, ainsi que la date et l'heure de début ou de fin du repos strict. Tête de lit : • Cocher (☒) si pertinent et inscrire le degré (°) de la tête de lit. Position alternée : • Cocher (☒) si l'utilisateur a été mobilisé selon le plan établi et inscrire la fréquence (prévention de plaies de pression). Transfert / marche : • Cocher (☒) si l'utilisateur est autonome, s'il doit être supervisé ou s'il a besoin d'aide et inscrire le nombre de personnes requis, soit X 1 <u>ou</u> X 2. Aide technique : • Cocher (☒) si l'utilisateur a besoin d'une aide technique pour la mobilisation et préciser le type (ex. : attelle, prothèse, béquilles, canne, marchette, fauteuil roulant, verticalisateur, lève-personne, etc.). Lever : • Cocher (☒) si l'utilisateur a été levé et noter la fréquence et la durée (ex. : q repas X 60 min). Si l'utilisateur ne tolère pas bien les périodes de levés, documenter dans la Note complémentaire 1^{er} Lever* : • Cocher (☒) s'il s'agit du premier lever postopératoire ou post-examen. Détailler l'évènement dans la Note complémentaire en précisant la durée du lever, la tolérance de l'utilisateur, et, indiquer qui était présent lors du premier lever (ex. : préposé, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, médecin). Circule : • Cocher (☒) si l'utilisateur circule. Noter le lieu (ex. : chambre, corridor, hôpital, à l'extérieur de l'hôpital, etc.) et s'il est seul ou accompagné (ex. : 2 X corridor avec aide X 1). Selon la clientèle, il peut être pertinent de noter le programme de marche et la distance parcourue (ex. : 100 m avec aide X 2). Mise en charge : • Cocher (☒) si l'utilisateur a des restrictions de mise en charge. Inscrire le pourcentage autorisé et le membre inférieur concerné. Si aucune mise en charge inscrire 0 %. Bas emboliques* / Bas compression intermittente* : • Cocher (☒) si l'utilisateur porte des bas emboliques ou des bas de compression intermittente et inscrire le type. Documenter dans la Note complémentaire, l'état des membres inférieurs, la prise de mesure du mollet, les soins appliqués (ex. : hygiène, crème, etc.), tolérance du port par l'utilisateur ou toutes autres particularités.					

I			INTÉGRITÉ DE LA PEAU / SOINS D'HYGIÈNE		
Hygiène : ☐ partielle ☐ complète ☐ cheveux ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Soins de bouche : ☐ Intacte ☐ lésion* ☐ Peau intacte ☐ Rougeur / lésion* ☐ Pansement : _____ ☐ propre ☐ souillé* ☐ changé® ☐ TPN® ☐ Points de pression surveillés* Initiales ☐ Surface / matériel thérapeutique*	Hygiène : ☐ partielle ☐ complète ☐ cheveux ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Soins de bouche : ☐ Intacte ☐ lésion* ☐ Peau intacte ☐ Rougeur / lésion* ☐ Pansement : _____ ☐ propre ☐ souillé* ☐ changé® ☐ TPN® ☐ Points de pression surveillés* Initiales ☐ Surface / matériel thérapeutique*	Hygiène : ☐ partielle ☐ complète ☐ cheveux ☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide X ____ ☐ Soins de bouche : ☐ Intacte ☐ lésion* ☐ Peau intacte ☐ Rougeur / lésion* ☐ Pansement : _____ ☐ propre ☐ souillé* ☐ changé® ☐ TPN® ☐ Points de pression surveillés* Initiales ☐ Surface / matériel thérapeutique*			
CLI-60251 Dépistage lésions de pression Braden ; CLI-60238 Note évolutive - Soins de plaies et de traitement; CLI-60239 Réfection pansement TPN <i>Particularités : prurit - érythème - peau moite/ictérique/chaude/cyanosée - lèvres bleutées - pétéchies, etc.</i>					
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S					

Hygiène : partielle, complète, cheveux

- Cocher (☒) selon les options.
 - Définitions d'hygiène :
 - Partielle : uniquement les régions essentielles, soit le visage, les aisselles, les parties génitales;
 - Complète : soins d'hygiène du visage aux pieds (sans lavage de cheveux);
 - Cheveux : Lavage et soins des cheveux, de la tête.

Niveau d'autonomie : autonome, supervision, aide :

- Cocher (☒) si l'usager est autonome, s'il doit être supervisé ou s'il a besoin d'aide et inscrire X 1 ou X 2.

Soins de la bouche :

- Cocher (☒) si les soins de bouche ont été effectués, même si accomplis avec supervision ou aide.
 - **Intacte** : Cocher (☒) si la muqueuse de la bouche est intacte
 - **Lésion*** : Cocher (☒) pour toute lésion ou autre particularité, comme la sécheresse des muqueuses, la présence de tâches blanchâtres ou de saignement, d'inflammation ou d'ulcères, etc., documenter vos observations, évaluations et interventions dans la Note complémentaire.

Peau intacte :

- Cocher (☒) si vous ne trouvez aucune anomalie de la peau ou des autres muqueuses (conjonctive, narines et parties génitales).

Rougeur / lésion* :

- Cocher (☒) si vous constatez une rougeur, un bri cutané de la peau ou des muqueuses (lacération, éraflure), des signes d'inflammation (chaleur, œdème) ou des signes infectieux (douleur, fièvre, écoulement purulent, odeur). Noter vos observations, évaluations et interventions dans la Note complémentaire.

Pansement :

- Cocher (☒) si présence de pansement et indiquer où ils se situe (ex. : mepilex border X 2 bras droit)
 - Cocher (☒) si le pansement est propre, souillé*, changé® ou si TPN® [thérapie par pression négative].
 - Si présence de plusieurs pansements, cocher (☒) tous les éléments qui s'appliquent et documenter dans la Note complémentaire.
 - Ex. : pansement hanche droite en place, souillé 25% de liquide séro-sanguinolent, déjà délimité, pas de progression
- Pour les plaies standards en post-opératoire : Documenter la description de la plaie et le changement de pansement dans la Note complémentaire (ex. : hanche, genou, abdominale par laparoscopie, etc.)
- Utiliser le [CLI-60238 Note évolutive - Suivi de soins de plaie et de traitement](#) : pour documenter la description et le changement de pansement des plaies post-opératoires ou toutes autres plaies.
- Utiliser le [CLI-60239 Réfection pansement TPN](#) : pour documenter la description et le changement de pansement des plaies avec thérapie à pression négative (ex. : VAC, Veraflo, Activac, Prevena, Pico, etc.).

Points de pression surveillés* :

- Cocher (☒) si l'usager a des facteurs de risque de points de pression (ex. : âge avancé, mobilité réduite, malnutrition, etc.). Rédiger une Note complémentaire pour toutes particularités.
 - Procéder à un dépistage systématique et documenter les zones à risque de plaie de pression (talons, coccyx ou autres) en complétant le [CLI-60251 Dépistage du risque de lésions de pression Braden](#).
 - Documenter dans la Note complémentaire les particularités et interventions si apparition d'une lésion de pression.

Surface et matériel thérapeutique* :

- Cocher (☒) si présence de surface et matériel thérapeutique (ex : matelas à air, coussin gel, coussin sarrazin, coussin Roho, etc.).
- Lors de l'installation, du retrait ou d'un changement de surface, rédiger une Note complémentaire en détaillant le contexte.

N			NUTRITION / HYDRATATION		
☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Stimulation	☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Stimulation
☐ Aide	☐ Limite liquidienne®		☐ Aide	☐ Limite liquidienne®	
☐ NPO Collation/suppl. : _____			☐ NPO Collation/suppl. : _____		
☐ Gavage* : _____			☐ Gavage* : _____		
☐ perméable ☐ irrigué _____ mL q _____ h			☐ perméable ☐ irrigué _____ mL q _____ h		
Type de sonde : _____			Type de sonde : _____		
Initiales			Initiales		
CLI-60025 Dosage Ingesta/Excreta <i>Particularités : gavage (intermittent/continu, débit, résidu gastrique, tolérance, etc.) - bilan alimentaire - appétit - tolérance - nausées/vomissements - signes déshydratation (pli cutané, muqueuses, ↓ urine, etc.) - dysphagie - toux post repas, etc.</i>					
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S					

- Cocher (☒) selon les capacités de l'usager à se nourrir : autonome, avec supervision, stimulation ou aide.

Limite liquidienne® :

- Cocher (☒) si l'usager a une limite liquidienne. Compléter le [CLI-60025 Dosage Ingesta/Excreta](#).

NPO :

- Cocher (☒) si l'usager est NPO.

Collation/suppléments :

- Documenter la quantité et le type de collation prise.

Gavage* :

- Cocher (☒) si l'usager est nourri par gavage et inscrire le type de gavage (ex : Jevity, Isosource, Peptamen etc.).
- Cocher (☒) les cases respectives pour identifier si le tube est perméable et s'il a été irrigué. Noter la quantité d'irrigation en mL et préciser la fréquence d'irrigation.
- Inscrire le type de sonde utilisé pour l'administration du gavage (ex : PEG, Salem, tube entéral etc.)
- Compléter le [CLI-60025 Dosage ingesta/excreta](#) (irrigation, résidu gastrique, quantité de gavage administré).
- Documenter dans la Note complémentaire, les éléments suivants :
 - Mode d'administration : intermittent, continu, cyclique, bolus;
 - Modification du débit d'administration
 - Signes et symptômes d'intolérance au gavage (ex : nausées / vomissements, distension abdominale)
 - Si gavage cessé temporairement pour un examen, gestion d'un résidu trop élevé ou tout autre particularité.

E			ÉLIMINATION		
☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Aide X _____	☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Aide X _____
Mode d'élimination : _____			Mode d'élimination : _____		
☐ Continent ☐ Incontinent* : _____			☐ Continent ☐ Incontinent* : _____		
Urines : _____ ☐ I/E®			Urines : _____ ☐ I/E®		
☐ Sonde (type) : _____			☐ Sonde (type) : _____		
☐ installée/changée* ☐ en place ☐ cessée*			☐ installée/changée* ☐ en place ☐ cessée*		
☐ irrigation* : _____			☐ irrigation* : _____		
☐ Bladder scan* : _____ hh:mm _____ mL			☐ Bladder scan* : _____ hh:mm _____ mL		
☐ Cathétérisme* : _____ hh:mm _____ mL			☐ Cathétérisme* : _____ hh:mm _____ mL		
☐ Selles® ☐ Stomie* (type) : _____			☐ Selles® ☐ Stomie* (type) : _____		
☐ Décompte serviettes sanitaires* _____			☐ Décompte serviettes sanitaires* _____		
Initiales			Initiales		
CLI-60225 Grille d'élimination intestinale ; CLI-60025 Dosage I/E ; CLI-60295 Enseignement soins de stomie <i>Particularités : miction (aspect - odeur - brûlure - hématurie, etc.) selles (mélène, constipation, diarrhée, etc.) - stomie (apparence, état peau, appareillage, soins, etc.)</i>					
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S					

- Cocher (☒) selon les capacités d'élimination de l'usager : autonome, avec supervision ou aide et inscrire X1 ou X2.

Mode d'élimination :

- Indiquer, sur la ligne, si :
 - Miction libre
 - Culotte d'incontinence, bassine orthopédique, urinal, chaise d'aisance, toilette, etc.
- Cocher (☒) si l'usager est continent ou incontinent* et noter le type d'incontinence : urinaire, fécales ou les deux. Rédiger une Note complémentaire seulement si l'usager présente une incontinence de novo.

Urines :

- Décrire la qualité de l'urine :
 - Coloration, concentration (limpide, brouillée ou concentrée), présence de dépôts;
- Rédiger une note complémentaire, si vous notez des particularités (ex. : urines anormales, peu ou pas de miction durant le quart de travail) et que vous procédez à des interventions.
- Si la quantité doit être détaillée utiliser le [CLI-60025 Dosage ingesta/excreta](#).

Dosage I/E® :

- Cocher (☒) si présence d'un dosage I/E et compléter le [CLI-60025 Dosage ingesta/excreta](#).

Sonde :

- Cocher (☒) si l'usager est porteur de sonde. Inscrire le type de sonde (vesicale, 3 voies, coudée, sus-pubienne, urostomie).
- Cocher (☒) si la sonde est en place, a été installée/changée* ou cessée*. Lors de l'installation ou du retrait, rédiger une Note complémentaire vos observations et interventions (calibre, ballonnet, tolérance, etc.). Il est possible de cocher (☒) plus d'un élément, si par exemple, la sonde est cessée durant le quart de travail.
- Irrigation *: Inscrire la méthode d'irrigation (continue ou manuelle). Documenter dans une Note complémentaire la solution d'irrigation, la quantité utilisée, la couleur du retour de drainage et tout autre particularité (ex : résistance, présence de caillots).

Bladder scan* :

- Cocher (☒) si vous avez effectué un bladder scan. Inscrire l'heure, le volume résiduel en mL.
- Si vous effectuez plus d'un bladder scan, documenter les bladder scan subséquents dans la Note complémentaire.
- S'il ne s'agit pas de bladder scan de routine ou pour toutes particularités, documenter dans la Note complémentaire les observations, évaluations et interventions effectuées.

Cathétérisme* :

- Cocher (☒) si vous avez effectué un cathétérisme et inscrire l'heure, le volume collecté en mL.
- Documenter dans la Note complémentaire les éléments suivants :
 - Raison pour laquelle l'usager a nécessité un cathétérisme
 - Type et calibre (Fr) du cathéter inséré;
 - Aspect de l'urine drainée.
 - Tout autre particularité lors du cathétérisme (difficulté d'insertion, saignement, réaction de l'usager, etc.)

Selles® :

- Cocher (☒) si l'usager a passé des selles et compléter le [CLI-60225 Grille d'élimination intestinale](#).
- Documenter dans la Note complémentaire si des interventions ont été nécessaire, par exemple :
 - Si constipation : traitement administré, OC-6052 initiée, efficacité et tolérance du traitement.
 - Si diarrhée, prélèvement effectué, précaution additionnelle, etc.

Stomie* :

- Cocher (☒) si l'usager a une stomie, inscrire le type de stomie (iléostomie, colostomie, urostomie) et détailler le soin dans la Note complémentaire en précisant les éléments suivants :
 - Caractéristiques de la stomie et de la peau péristomiale;
 - Particularités de l'appareil collecteur
 - Soins de peau et produits utilisés.
 - Présence de gaz et caractéristiques des selles
- Si vous avez fait l'enseignement, compléter le [CLI-60295 Plan d'enseignement soins de stomie](#).
- Si vous devez effectuer un dosage I/E, compléter le [CLI-60025 Dosage ingesta/excreta](#).

Décompte des serviettes sanitaires* :

- Cocher (☒) si l'usagère a un décompte des serviettes sanitaires (ex. : hystérectomie, curetage, etc).
- Rédiger une Note complémentaire détaillant la quantité et la qualité du saignement, le nombre de serviettes, l'évolution du saignement, etc.

TUBES ET DRAINS											
Type de drain	Heure	En place	Installé (I) Retiré (R)	Localisation	Irrigation	Drainage [♦]	Apparence ^{♦♦}			Particularités*	Initiales
							Liquide	Site*	Pans.		
1.	N hh:mm	☐			q ___ h ___ mL						
	J hh:mm	☐			q ___ h ___ mL						
	S hh:mm	☐			q ___ h ___ mL						
2.	N hh:mm	☐			q ___ h ___ mL						
	J hh:mm	☐			q ___ h ___ mL						
	S hh:mm	☐			q ___ h ___ mL						

[♦]Drainage : L = Libre C = Clampé SI = Succion intermittente SC = Succion continue → préciser mmHg ou cm H₂O
^{♦♦}Apparence : Liquide : V = Verdâtre B = Brunâtre J = Jaunâtre P = Purulent S = Sanguin SE = Séreux SS = Sérosanguin
 Site : I = Intact P = Perméable ou [*] si particularités Pansement : P = Propre S = Souillé* C = Changé*
 Particularités : Résistance - Rougeur - Robinet (O = Ouvert F = Fermé) - Bullage - Oscillation - Emphysème SC, etc. Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S

- Inscrire le type de tube ou drain (ex : Salem, Thoracique, Pigtail, HémoVac, etc.)
- Inscrire l'heure de l'intervention ou de la vérification.
- Cocher (☒) ou inscrire, selon le contexte :
 - Cocher (☒) En place ou inscrire : I = Installé R = Retiré
 - Inscrire la localisation
 - Inscrire la fréquence d'irrigation (ex. : q 4h) et préciser la quantité en mL
 - Inscrire le type de drainage selon la légende :
 - L = Libre C = Clampé SI = Succion intermittente SC = Succion continue → préciser mmHg ou cm H₂O
 - Pour les drains avec compression (Jackson-Pratt, HémoVac, etc.) inscrire SC = succion continue
 - Inscrire l'apparence du liquide selon la légende :
 - V = Verdâtre B = Brunâtre J = Jaunâtre P = Purulent S = Sanguin SE = Séreux SS = Sérosanguin
 - Inscrire l'apparence du site selon la légende :
 - I = Intact P = Perméable. Si particularités, inscrire « * » et détailler dans la Note complémentaire
 - Inscrire l'apparence du pansement selon la légende :
 - P = Propre S = Souillé* C = Changé* et détailler dans une Note complémentaire les soins et surveillances.
- Utiliser la section « Particularités » pour détailler des composantes importantes, par exemple :
 - Si Salem : inscrire la fixation (ex. : tube fixée à 49 cm) et injection d'air si sous succion (ex. : 10 mL injecté dans la pisse d'air)
 - Si drain pigtail : inscrire si le robinet est O = ouvert ou F = fermé.
 - Si drain thoracique : inscrire si bullage, oscillation, Ø emphysème SC
 - Si l'espace n'est pas suffisant, inscrire les autres informations dans la Note complémentaire.
- Compléter le [CLI-60025 Dosage ingesta-excreta](#) pour inscrire la quantité de liquide drainée et/ou injectée.

E ÉTAT COGNITIF / COMPORTEMENT			
Orientation: ☐ Personne ☐ Temps ☐ Lieu	Orientation: ☐ Personne ☐ Temps ☐ Lieu	Orientation: ☐ Personne ☐ Temps ☐ Lieu	
État de conscience: ☐ Hyperalerte* ☐ Alerte	État de conscience: ☐ Hyperalerte* ☐ Alerte	État de conscience: ☐ Hyperalerte* ☐ Alerte	
☐ Somnolent/éveil facile ☐ Léthargique*	☐ Somnolent/éveil facile ☐ Léthargique*	☐ Somnolent/éveil facile ☐ Léthargique*	
☐ Delirium* ☐ SCPD* ☐ Sevrage [®]	☐ Delirium* ☐ SCPD* ☐ Sevrage [®]	☐ Delirium* ☐ SCPD* ☐ Sevrage [®]	
☐ Anxiété* ☐ Hallucination*	☐ Anxiété* ☐ Hallucination*	☐ Anxiété* ☐ Hallucination*	
☐ Agité*: ☐ Verbal ☐ Physique	☐ Agité*: ☐ Verbal ☐ Physique	☐ Agité*: ☐ Verbal ☐ Physique	Initiales
☐ Agressif*: ☐ Verbal ☐ Physique	☐ Agressif*: ☐ Verbal ☐ Physique	☐ Agressif*: ☐ Verbal ☐ Physique	Initiales

CLI-60128 Test d'évaluation du delirium (4AT) ; AMC-DSIEU-6103 Dépistage delirium (CAM) ; CLI-60449 CIWA Particularités : delirium (apparition subite, ↓ attention, désorganisation, △ état conscience) - SCPD (errance, fuque, résiste soins, comportements répétitifs/inappropriés, etc.) Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S

- Pour tous les points accompagnés d'un « * », documenter dans la Note complémentaire, le contexte, les comportements de l'utilisateur, les interventions tentées ainsi que les résultats.

Orientation :

- Cocher (☒) si l'utilisateur est orienté dans les sphères : personne, temps, lieu.

État de conscience :

- Cocher (☒) si l'utilisateur est : hyperalerte* (hypervigilant, hyperactif), alerte, somnolent avec éveil facile, léthargique*.

Delirium* :

- Cocher (☒) si l'usager présente des symptômes de delirium :
 - L'état mental démontre une désorientation dans l'une des trois sphères;
 - L'usager est hyperactif (hypervigilance, agitation, hallucination, labilité émotionnelle);
 - L'usager est hypoactif (ralentissement, léthargie).
- Procéder à un dépistage du delirium en utilisant le CAM (voir [AMC-DSIEU-6103 Repérage et dépistage du delirium](#)) ou le 4AT ([CLI-60128 Test d'évaluation du delirium](#)).
- Aviser le médecin traitant et documenter dans la Note complémentaire.

SCPD* :

- Cocher (☒) si l'usager présente des SCPD (symptômes psychologiques et comportementaux de la *démence*).
 - Des aide-mémoires sont disponibles selon le contexte :
 - [AMC-DSIEU-6027 Trouble neurocognitif majeur \(TNCM\) - Approche adaptée au SCPD](#)
 - [AMC-DSIEU-6028 SCPD - Comportement répétitifs](#)
 - [AMC-DSIEU-6029 SCPD - Désinhibition sexuelle](#)
 - [AMC-DSIEU-6030 SCPD - Errance](#)
 - [AMC-DSIEU-6031 SCPD - Résistance soins d'hygiène](#)
 - [AMC-DSIEU-6032 SCPD - Syndrome crépusculaire](#)

Sevrage® :

- Cocher (☒) si l'usager présente des symptômes et compléter le [CLI-60449 Sevrage alcool - CIWA](#).

Anxiété* :

- Cocher (☒) si l'usager présente des symptômes d'anxiété (fébrilité, irritabilité, troubles du sommeil, tremblements, palpitations cardiaques, etc.)

Hallucination* :

- Cocher (☒) si l'usager présente des hallucinations (visuelles, auditives, tactiles, olfactives, gustatives).

Agité* et ou Agressif* :

- Cocher (☒) si l'usager présente des signes d'agitation ou d'agressivité et cocher le type verbal ou physique.

S		SOMMEIL			
☐ Éveillé*	☐ Se sent fatigué	☐ Éveillé	☐ Se sent fatigué*	☐ Éveillé	☐ Se sent fatigué*
Sommeil : ☐ Régulier	☐ Intermittent	☐ Sieste (durée) : _____	☐ CPAP	☐ Sieste (durée) : _____	☐ CPAP
☐ Perturbé*	☐ CPAP	☐ CPAP		☐ CPAP	
Particularités : sommeil perturbé - difficulté à s'endormir - cycles inversés - sédatifs - interventions, etc.				Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S	

Éveillé* :

- Cocher (☒) si pertinent. Documenter dans la Note complémentaire si l'usager est éveillé la nuit en expliquant le contexte et les interventions effectuées.

Se sent fatigué :

- Cocher (☒) si pertinent. Documenter dans la Note complémentaire si l'usager accuse une fatigue anormale l'empêchant d'effectuer ses AVQ.

Sommeil :

- Cocher (☒) parmi les choix : régulier, intermittent ou perturbé* (ex. : se réveille la nuit, puis se rendort).
- Documenter dans la Note complémentaire si sommeil perturbé en détaillant sa difficulté à s'endormir, à rester endormi ou si échec malgré de l'aide non pharmacologique (ex. : musique, etc.) ou pharmacologique.

Sieste :

- Cocher (☒) si l'usager fait des siestes durant le jour et le soir. Inscrire la durée approximative.

CPAP :

- Cocher (☒) si l'usager utilise un CPAP. Inscrire le débit en O₂ du CPAP sur le formulaire des Signes vitaux.

FONCTION CARDIORESPIRATOIRE		
☐ Télémétrie* → ☐ Appel soins intensifs* ☐ O ₂ : _____ via : _____ ☐ Eupnée ☐ Dyspnée* ☐ Trachéostomie* ☐ Toux : _____ ☐ Expectations : _____ ☐ Spirométrie : _____ Initiales ☐ Exercices respiratoires*	☐ Télémétrie* → ☐ Appel soins intensifs* ☐ O ₂ : _____ via : _____ ☐ Eupnée ☐ Dyspnée* ☐ Trachéostomie* ☐ Toux : _____ ☐ Expectations : _____ ☐ Spirométrie : _____ Initiales ☐ Exercices respiratoires*	☐ Télémétrie* → ☐ Appel soins intensifs* ☐ O ₂ : _____ via : _____ ☐ Eupnée ☐ Dyspnée* ☐ Trachéostomie* ☐ Toux : _____ ☐ Expectations : _____ ☐ Spirométrie : _____ Initiales ☐ Exercices respiratoires*
<i>Particularités : télémétrie (rythme régulier/irrégulier, arythmies, appel des soins, etc.) - trachéo (soins, sécrétions, pansement, etc.) - dyspnée (amplitude, rythme, provoquée par, etc.) - aspiration nasale/buccale/trachéale</i>		
Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S		

Télémétrie* :

- Cocher (☒) si l'usager est porteur d'une télémétrie et que vous avez vérifié l'emplacement et le branchement des électrodes. Documenter dans la Note complémentaire les particularités.

Appel soins intensifs* :

- Cocher (☒) si les soins intensifs ont appelé pour aviser d'une anomalie du rythme (tachycardie, bradycardie, pause, etc.) ou si vous les avez appelés. Détailler vos interventions dans la Note complémentaire.

O₂ :

- Cocher (☒) si l'usager est sous oxygénothérapie. Inscrire le débit en L/min et préciser s'il s'agit de lunettes nasales, masque ou tente faciale. Détailler les particularités dans la Note complémentaire. Par exemple, si l'usager a des besoins en oxygène plus importants durant les efforts.

Eupnée :

- Cocher (☒) si l'usager à une respiration normale au niveau de la fréquence, l'amplitude, le rythme, les bruits respiratoires et les mouvements thoraciques.

Dyspnée* :

- Cocher (☒) si l'usager à une respiration anormale et détailler vos observations, évaluations et interventions dans la Note complémentaire.

Trachéostomie* :

- Cocher (☒) si l'usager est porteur d'une trachéostomie et documenter les détails et soins dans la Note complémentaire en précisant les éléments suivants :
 - État de la trachéostomie, incluant l'état du pansement au besoin;
 - Types de canule trachéale, de ballonnet, de valve de phonation.
 - Types de soins effectués, incluant changement de canule, aspiration, changement du pansement, l'instillation, etc.;

Toux :

- Cocher (☒) si l'usager présente de la toux et décrire (ex. : sèche, grasse, quintes).

Expectations :

- Cocher (☒) si l'usager présente des expectations et décrire (ex. : la quantité, la couleur et la consistance).

Spirométrie :

- Cocher (☒) si l'usager utilise un spiromètre et inscrire la fréquence. Rédiger une Note complémentaire si vous noter des particularités (ex. : si inefficace ou que l'usager est incapable de compléter l'exercice). Si de l'enseignement est effectué, l'inscrire dans la section *Enseignement à l'usager-famille-proche*.

Exercices respiratoires* :

- Cocher (☒) si l'usager a fait des exercices durant le quart de travail et rédiger une Note complémentaire en détaillant le type d'exercices (ex. : flutter, aérobika, clapping, etc.), si les exercices ont été effectués par l'inhalothérapeute, l'efficacité et la tolérance.

EXAMENS INTERNES ET EXTERNES / CONSULTATIONS / PRÉ-OPÉATOIRE / POST-OPÉATOIRE IMMÉDIAT / SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S										
CLI-60294 Vérification préopératoire											
Examens : Inscrire les préparations requises pour les examens (colonoscopie, gastroscopie, allergie à l'iode, coronarographie, etc.) ainsi que l'heure de départ et de retour. - Ex. : Colonoscopie → Peglyte débuté, bien toléré. Selles liquides, claires. Consultations : Inscrire l'heure de la visite et la spécialité Pré-opératoire : Compléter le CLI-60294 Vérification préopératoire Post-opératoire immédiat : Inscrire l'état général de l'usager. Inscrire l'heure de retour sur le CLI-60294 Vérification préopératoire											
ACCÈS SC / IV / PÉRIDURAL										PRÉLÈVEMENTS / PERFUSIONS	
Type de cathéter (calibre)	Heure	En place	Installé	Retiré	Localisation	Apparence [♦]		Tubulure changé	Initiales	Initiales	
						Site	Pans.				
1.	N hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
	J hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
	S hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
2.	N hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
	J hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
	S hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
3.	N hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
	J hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
	S hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
4.	N hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
	J hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
	S hh:mm	☐	☐	hh:mm				☐		hh:mm	
PARTICULARITÉS / SIGNATURE											
hh:mm											
hh:mm											
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S										
[♦] Apparence : Site : I=Intact P=Perméable ou [*] si particularités : infiltré, douleur, rougeur, chaleur, écoulement, etc. Pansement : P=Propre S=Souillé*											
Accès SC / IV / Péridural - Inscrire le type de cathéter et le calibre si applicable (ex. : Papillon SC, Salin lock, Piccline, Port-a-cath, etc.). - Inscrire l'heure de l'intervention ou de la vérification. - Selon le contexte, cocher (☑) <u>En place</u> ou <u>Installé</u> ou inscrire l'heure du retrait. - Si un nouveau cathéter est installé (réinstallé), l'inscrire sur une nouvelle ligne. - Inscrire la localisation (ex. : thorax droit, avant-bras G, etc.). - Inscrire l'apparence du site selon la légende : I = Intact P = Perméable. Si infiltré, douleur, rougeur, etc. inscrire une « * » et détailler dans la section <u>Particularités</u> au bas de l'encadré. - Inscrire l'apparence du pansement selon la légende : P = Propre S = Souillé* C = Changé* et détailler dans la section <u>Particularités</u> les soins et surveillances. - Si l'espace est insuffisant dans la section <u>Particularités</u> », poursuivre dans la Note complémentaire. - Cocher (☑) si la tubulure a été changée.											
Prélèvements / Perfusions - Inscrire l'heure le type de <u>prélèvement</u> effectué et/ou le type de <u>perfusion</u> administré. - Pour les perfusions de médicaments ou traitements IV spécifiques, documenter l'évaluation et les surveillances associées (ex : Fer IV, produits sanguins, etc.). - Si l'espace est insuffisant, poursuivre dans la Note complémentaire.											

Consignes pour la complétion de la Note d'évolution en soins infirmiers – Unités de Médecine / Chirurgie / Gériatrie

GESTION DE LA DOULEUR PQRSTU* / SIGNATURE	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S
* LÉGENDE : P=Provoquée/Palliée Q=Qualité R=Région S=Signes/Symptômes associés T=Temps/Durée U=Signification Intensité : 0 à 10 CLI-60164 Usager sous opiacés; CLI-60412 Péridurale / Neuroaxiale / Épiporph; CLI-60413 Anesthésie ACP (HAL); CLI-60414 Anesthésie ACP (Suroît)	

- Évaluer la douleur selon le PQRSTU.
- Utiliser les formulaires de surveillance selon le contexte :
 - [CLI-60164 Usager sous opiacés](#)
 - [CLI-60412 Péridurale / Neuroaxiale / Épiporph](#)
 - [CLI-60413 Anesthésie ACP \(HAL\)](#) ou [CLI-60414 Anesthésie ACP \(Suroît\)](#)
- Au besoin, documenter les informations additionnelles dans la Note complémentaire.

EXAMEN / ÉVALUATION CLINIQUE PAR L'INFIRMIÈRE / SIGNATURE	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S
Inspection (par système) Auscultation (abdo/cardio/pulmonaire) Palpation (abdo/cardio/extrémités/respiratoire) Percussion (abdo/pulmonaire)	

- Documenter l'examen clinique de l'usager. Il est attendu que l'infirmière effectue une évaluation clinique de la tête au pied ou ciblé selon le contexte de l'usager.

→ Voici quelques exemples de ce qui pourrait être retrouvé dans ce type de note :

Examen cardiaque :

- Inspection : coloration du visage, des extrémités et des muqueuses : Normale, Pâle, Cyanosé
- Palpation / Auscultation de la fréquence cardiaque (FC), préciser au besoin si :
 - Régulière ou Irrégulière
 - Tachycardie ou Bradycardie
 - B1 et B2 (normal), présence de bruits surajoutés (B3, B4, souffle)
- Dépistage de l'hypotension orthostatique : prendre tension artérielle (TA) → couché, assis et debout

Examen pulmonaire :

- Inspection :
 - Coloration du visage, des extrémités et des muqueuses : Normale, Pâle, Cyanosé
 - Type de respiration : Eupnée, Tachypnée, Bradypnée, Période d'apnée, Cheney-stokes, etc.
 - Dyspnée : à l'effort, à la parole, au repos
 - Utilisation des muscles accessoires : tirage sus-sternal / sous-sternal / sus-claviculaire / intercostal
- Auscultation poumons :
 - Bonne entrée d'air bilatérale, murmure vésiculaire (MV) et la localisation. (ex. : MV normal, MV ↓)
 - Bruits surajoutés : stridor ou wheezing (audible sans stéthoscope), crépitants et/ou ronchis et/ou sibilances et/ou frottement pleural et inscrire la localisation

Examen abdominal :

- Inspection : ecchymose, distendu, masse
- Auscultation : bruits intestinaux présents → hyperactifs, diminués ou absents et inscrire leur localisation
- Palpation : souple, rigide, douleur, masse, globe vésical, etc.

Organes génitaux :

- Inspection externe : purulence, saignement, œdème des structures, lésions, etc.

Membres supérieurs et inférieurs :

- Détailler l'examen neurovasculaire dans cette section ou sur [CLI-60301 Signes neurovasculaires](#).
 - CCMSPRO : Coloration / Chaleur / Mobilité / Sensibilité / Pulsation / Retour capillaire / Œdème
 - Palpation : muscle souple ou induré, trajet veineux douloureux
 - Œdème : mesure de la circonférence des mollets

ASPECT PSYCHOSOCIAL / SIGNATURE	
<i>Préciser la présence de visiteurs, les préoccupations, les attentes, les décisions de l'usager-famille et la collaboration de l'usager-famille</i>	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S

- Inscrire les aspects psychosociaux qui peuvent avoir un impact sur l'épisode de soins ou le retour à domicile. Inscrire l'état émotionnel de l'usager-famille et les interventions effectuées (relation d'aide). Inscrire si consultation en service social ou intervenant spirituel a été effectuée.
 - Ex. : usager pleure après visite du médecin, relation difficile et tension avec la famille, aucune ressource ou aide à domicile, etc.

ENSEIGNEMENT USAGER-FAMILLE-PROCHE / SIGNATURE	
<i>Préciser le type d'enseignement, le contenu, les résultats observés (connaissance, habiletés, compréhension) et l'enseignement de départ</i>	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S

- Inscrire tout enseignement effectué auprès de l'usager, sa famille et ses proches. Inscrire les feuillets et dépliants remis. Détailler le niveau de collaboration, la compréhension.
 - Stomies : Compléter le [CLI-60295 Plan d'enseignement - Soins de stomie](#), si pertinent.

CONGÉ / INITIALES	
☐ Départ : <u>hh:mm</u> Quitte : ☐ Seul ☐ Accompagné : _____ Destination : _____ ☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant ☐ Autre : _____ Mode de transport : _____ Si quitte seul : ☐ Proche aidant avisé : _____ hh:mm _____ ☐ Appareillages retirés : _____ ☐ Documents et explications donnés : _____ ☐ Infirmière de liaison ☐ Autres professionnels impliqués : _____ Particularités : _____	
Initiales	

- Départ : Inscrire l'heure à laquelle l'usager quitte et cocher (☒) s'il est seul ou accompagné.
 - Si accompagné, inscrire le nom de l'accompagnateur.
- Inscrire la destination (ex. : domicile, URFI, CHSLD, RPA, RI, RTF, etc.)
- Cocher (☒) si l'usager quitte en marchant, en fauteuil roulant ou autre (ex. : canne, béquilles, etc.).
 - Inscrire le mode de transport (ex. : taxi, transport adapté, ambulance, etc.).
- Pour les usagers à risque, cocher (☒) lorsque le proche aidant a été avisé. Inscrire le nom de la personne avisée et l'heure de l'appel.
- Appareillages retirés : Inscrire les appareillages retirés avant le départ (ex. : salin lock, soluté, sonde, etc.).
- Documents et explications donnés : inscrire tous les documents et feuillets remis et les explications données
 - Ex. : rendez-vous de suivi, ordonnances de départ (pharmaceutiques, prélèvements, imagerie médicale)
- Cocher (☒) si l'infirmière de liaison ou autres professionnelles ont été impliqués pour l'organisation du congé (ex. : TS, ergo, etc.).
- Inscrire toutes particularités se rattachant au congé
 - Ex. : salon des départs, appareillages en place (sonde, PICC Line), médicament de dépannage remis

→ Pour les congés temporaires et transfert inter-unité, inscrire les détails dans la Note complémentaire.

NOTES COMPLÉMENTAIRES / SIGNATURE	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	Notes complémentaires : ☐ N ☐ J ☐ S

Inspiré de : CISSS de la Montérégie-Est. Hôpital Pierre-Boucher. (2018). Observations/Évolution soins infirmiers - Médecine/Chirurgie/Gériatrie Active

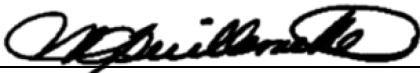
- Si espace insuffisant, poursuivre la note d'évolution sur le formulaire Observations de l'infirmière (AH-412).

Références

CESSS. (2016). Méthode de soins infirmiers [En ligne]. Repéré à <https://msi.expertise-sante.com/fr>

Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. ERPI. Montréal : Pearson

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Adriana Lung, infirmière praticienne spécialisée	2022-05-16
Révisé par		
Personnes consultées	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques	2022-05-18
	Geneviève Leboeuf, chef de la coordination des activités cliniques par intérim	2022-05-18
	Élyse Bériault, conseillère en soins infirmiers, unités de médecine/chirurgie	2022-05-18
	Fany Boulerice, conseillère en soins infirmiers, unités de médecine/chirurgie	2022-05-18

Historique du document		
Approuvé par	 Marie-Andrée Guillemette, directrice des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	2022-05-26
Commentaires		