

Consignes pour la complétion de <i>Notes d'évolution bilan 24 heures - Soins palliatifs</i>			
Direction(s) responsable(s)	Direction des services de soutien à domicile et gériatrie	Approuvé	2022-03-22
	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Révisé	
Personne(s) concernée(s)	Personnel en soins infirmiers qui travaillent auprès de la clientèle en soins palliatifs		
Outils cliniques associés	CLI-60271 Notes d'évolution bilan 24 heures - Soins palliatifs		

Consignes générales sur l'utilisation des notes évolutives

Ce formulaire, sous forme de note ciblée, permettra la documentation des besoins complexes de la clientèle hospitalisée et hébergée en contexte de soins palliatifs et de fin de vie. Les différentes sections de ce formulaire sont centrées sur les besoins de l'utilisateur et sur l'évolution de la situation de santé de celui-ci en plus de documenter les interventions réalisées et les suivis mis en place.

La phase de fin de vie est caractérisée par une détérioration clinique importante dans les capacités physiques et cognitives. À cet effet, la documentation en soins infirmiers doit inclure les données pertinentes permettant de suivre l'évolution de l'état de santé physique et mentale de l'utilisateur. Ainsi, l'utilisation du formulaire est suggérée lorsque l'utilisateur reçoit des soins palliatifs et plus particulièrement en situation de fin de vie. La note peut être utilisée avant la phase de fin de vie selon la présence des symptômes fréquents demandant des évaluations régulières. Il appartient aux professionnels de déterminer, à l'aide de son jugement clinique, si l'utilisation de ce formulaire est nécessaire.

La rédaction se fait de manière chronologique, verticalement et par quart de travail. Le jugement clinique de l'infirmier(ère) demeure la base de référence pour l'évaluation de l'utilisateur.

Remplir obligatoirement toutes les catégories de symptômes en utilisant la légende proposée; inscrire le chiffre correspondant à l'état de l'utilisateur en fonction de vos observations durant l'évaluation clinique. Utiliser la deuxième colonne lors d'un changement dans l'état clinique de la personne, d'une réévaluation clinique ou lors d'un suivi durant le quart de travail.

Toujours respecter les principes suivants :

- Utiliser le PQRSTU pour effectuer une évaluation clinique complète;
- Rédiger une note complémentaire avec vos observations, vos évaluations, vos interventions et votre suivi :
 - 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'utilisateur.
- 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'utilisateur;
- Identifier le formulaire en :
 - Adressographiant à l'endroit désigné, à la page 1;
 - Inscrivant la date du jour et l'installation où l'utilisateur reçoit les services, à la page 1;
 - Inscrivant le nom et le prénom de l'utilisateur ainsi que son numéro de dossier, sur la deuxième page.
- Remplir le formulaire en respectant les consignes décrites ci-dessous, selon chaque section.

1. ÉTAT DE CONSCIENCE	1 : Hyperalerte 2 : Alerte						
	3 : Somnolent / éveil facile						
	4 : Somnolent / éveil stimulation 5 : Comateux						

Hyperalerte :

- Inscrire (1) si l'utilisateur présente des signes d'hypervigilance.
- Rédiger une note complémentaire pour détailler vos observations, vos évaluations, vos interventions (ex : diversion, attitude rassurante, administration d'un PRN, etc.) et votre suivi.

Alerte :

- Inscrire (2) si l'utilisateur est éveillé et ne démontre aucun signe de somnolence.

Somnolent/éveil facile :

- Inscrire (3) si l'utilisateur présente de la somnolence de sorte à avoir de la difficulté à maintenir les yeux ouverts lors de vos interactions, mais qu'il ne nécessite aucune stimulation.

Somnolent/éveil stimulation :

- Inscrire (4) si l'utilisateur présente de la somnolence de sorte à avoir de la difficulté à maintenir les yeux ouverts lors de vos interactions et qu'il est nécessaire d'utiliser une stimulation (verbale ou physique) pour le maintenir éveillé.
- Rédiger une note complémentaire en précisant la stimulation utilisée.

Comateux :

- Inscrire (5) si l'utilisateur n'est pas en mesure d'interagir avec son environnement, de sorte qu'il lui est impossible d'ouvrir les yeux et qu'il ne réagit pas à la stimulation (verbale ou physique).
- Rédiger une note complémentaire en précisant la stimulation utilisée.

Autre/Suggestion :

- Utiliser au besoin l'[AMC-DSIEU-6112 Insomnie-Fatigue-Somnolence – Oncologie](#).

2. ÉTAT MENTAL	1 : Orienté 2 : Désorienté						
	3 : Discours incohérent 4 : Agité						

Orienté :

- Inscrire (1) si l'utilisateur est orienté dans les trois sphères (personne, temps et lieu).

Désorienté :

- Inscrire (2) si l'utilisateur est désorienté dans l'une ou plusieurs sphères (personne, temps et lieu).
- Rédiger une note complémentaire en précisant la(es) sphère(s) concerné(es) et l'impact sur son état général le cas échéant (ex : aucun, anxiété, pleurs, etc.). Inscrire vos interventions et votre suivi.

Discours incohérent :

- Inscrire (3) si l'utilisateur présente des difficultés dans le processus et le contenu de sa pensée (ex : logique altérée de la pensée, propos confus, etc.).
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex : propos, comportements, etc.) et l'impact sur son état général (ex : aucun, anxiété, pleurs, désorganisation, etc.). Inscrire également vos interventions (ex : diversion, attitude rassurante, administration d'un PRN, etc.) et votre suivi.

Agité :

- Inscrire (4) si l'utilisateur présente des signes d'agitation (verbale ou gestuelle).
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex : propos, comportements (ex : frappe, crie, lance des objets, irritabilité, etc.)). Inscrire également vos interventions (ex : sécurisation des lieux, attitude rassurante, administration d'un PRN, etc.) et votre suivi.

Autres/Suggestions :

- Rédiger une note complémentaire pour tout autre état mental non énuméré dans les choix (ex : délirium, anxiété, propos suicidaires, etc.).
- Si suspicion délirium, utiliser au besoin [AMC-DSIEU-6103 Repérage et dépistage du délirium](#) et [CLI-60128 Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs \(4AT\)](#)
- Si suspicion anxiété ou état dépressif, utiliser au besoin [AMC-DSIEU-6119 Anxiété et état dépressif - Oncologie](#)
- Si suspicion de propos suicidaires, utiliser au besoin [CLI-60510-1 Plan prévention suicide \(PPS\) - Repérer une personne à risque](#)

3. DYSPNÉE	1 : Aucune 2 : À l'effort 3 : À la parole 4 : Au repos						
-------------------	---	--	--	--	--	--	--

Aucune dyspnée :

- Inscrire (1) si l'usager ne présente pas de dyspnée.

Dyspnée à l'effort :

- Inscrire (2) si l'usager présente une dyspnée lorsqu'il effectue un effort quelconque.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex : lors de transfert, à la marche), vos évaluations, vos interventions (ex : rapprocher les objets, séquencer les activités, environnement aéré, administration d'un PRN, etc.) et votre suivi.

Dyspnée à la parole :

- Inscrire (3) si l'usager présente une dyspnée lorsqu'il parle.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex : apparition dès le premier mot, etc.), vos évaluations, vos interventions (ex : utilisation questions fermées, environnement aéré, administration d'un PRN, etc.) et votre suivi.

Dyspnée au repos :

- Inscrire (4) si l'usager présente une dyspnée au repos qui n'est pas secondaire à un effort ou à la parole.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions (ex : utilisation questions fermées, environnement aéré, administration d'un PRN, etc.) et votre suivi.

Pour les éléments (2,3,4) :

- Documenter au besoin les signes d'une dyspnée selon les critères de l'échelle mesurant le de la dyspnée ou de la détresse respiratoire (RDOS) : fréquence respiratoire, agitation (mouvements non intentionnels), respiration abdominale paradoxale, utilisation des muscles respiratoires accessoires, grognement en fin d'expiration, battements des ailes du nez, regard effrayé (yeux écarquillés, muscles du visage contractés, froncement des sourcils, bouche ouverte, dents serrées).
- Utiliser au besoin l'[AMC-DSIEU-6117 Essoufflement ou dyspnée – Oncologie](#).

4. TOUX	1 : Aucune 2 : Sèche 3 : Grasse non productive 4 : Grasse productive						
----------------	---	--	--	--	--	--	--

Absence de toux :

- Inscrire (1) si l'usager ne présente aucun signe de toux.

Toux sèche :

- Inscrire (2) si l'usager présente une toux sèche.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions et votre suivi.

Toux grasse non productive :

- Inscrire (3) si l'usager présente une toux grasse, mais qu'elle n'est pas accompagnée d'expectorations.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions (ex : hydratation, administration d'un PRN, etc.) et votre suivi.

Toux grasse productive :

- Inscrire (4) si l'usager présente une toux grasse accompagnée d'expectorations.
- Rédiger une note complémentaire en précisant les caractéristiques des expectorations (ex : fréquence, quantité, la couleur et la consistance), les interventions et le suivi.

5. RÂLES	1 : Absence 2 : Modérés 3 : Sévères						
-----------------	--	--	--	--	--	--	--

Absence de râles :

- Inscrire (1) si l'usager ne présente aucun signe de râles.

Râles modérés :

- Inscrire (2) si l'usager présente des râles, mais qu'ils sont modérés, c'est-à-dire audibles lorsque vous êtes près de lui.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex : inconfort), vos interventions et votre suivi.

Râles sévères :

- Inscrire (3) si l'usager présente des râles, mais qu'ils sont sévères, c'est-à-dire audibles dès que vous entrez dans la pièce.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex : inconfort), vos interventions et votre suivi.

6. CAVITÉ BUCCALE	1 : Saine	2 : Sèche	3 : Dououreuse						
	4 : Odeur	5 : Croûte/dépôt							
	6 : Lésions	7 : Lèvres gercées							

Cavité buccale saine :

- Inscrire (1) si l'usager ne présente aucune anomalie au niveau de la cavité buccale suite à votre examen.

Cavité buccale sèche :

- Inscrire (2) si l'usager présente une sécheresse au niveau de la cavité buccale.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions et votre suivi.

Cavité buccale douloureuse :

- Inscrire (3) si l'usager présente une douleur au niveau de la cavité buccale.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex : difficulté à s'alimenter), vos évaluations (ex : localité), vos interventions et votre suivi.

Cavité buccale odorante :

- Inscrire (4) si vous observez qu'il se dégage une odeur buccale anormale chez l'usager.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions et votre suivi.

Présence de croûte/dépôt au niveau de la cavité buccale :

- Inscrire (5) si l'usager présente des croûtes ou des dépôts au niveau de la cavité buccale.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions (ex : soins bouche, gels oraux) et votre suivi.

Cavité buccale lésée :

- Inscrire (6) si l'usager présente une (des) lésion(s) au niveau de la cavité buccale.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions et votre suivi.

Lèvres gercées :

- Inscrire (7) si l'usager présente une (des) lèvre(s) gercée(s).
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions et votre suivi.

Autres :

- Utiliser au besoin l'[AMC-DSIEU-6118 Problèmes buccaux - Oncologie](#).

7. ALIMENTATIONHYDRATATION	1 : Normale	2 : Diminuée							
	3 : Quelques gorgées	4 : Ne s'alimente plus							

Normale :

- Inscrire (1) si l'usager mange normalement.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: la quantité, le nombre de repas, la texture).

Diminuée :

- Inscrire (2) si l'alimentation ou l'hydratation de l'usager est diminuée.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: la quantité, la texture, perte de goût), vos évaluations (ex: présence de dysphagie), vos interventions et votre suivi.

Quelques gorgées :

- Inscrire (3) si l'usager prend quelques gorgées durant votre quart de travail.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: la quantité, la texture), vos évaluations, vos interventions et votre suivi.

Ne s'alimente plus :

- Inscrire (4) si l'usager ne mange et ne boit plus.

Autres :

- Utiliser au besoin l'AMC [Perte d'appétit - Oncologie \(AMC-DSIEU-6115\)](#).

8. NAUSÉE	1 : Absence 2 : Présence						
<u>Absence de nausée :</u> - Inscrire (1) si l'usager ne présente aucune nausée. <u>Présence de nausée :</u> - Inscrire (2) si l'usager présente une (des) nausée(s). - Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: la fréquence, l'élément déclencheur), vos évaluations, vos interventions (ex: médication) et votre suivi. - Utiliser au besoin l'AMC Nausées et vomissements - Oncologie (AMC-DSIEU-6114)							
9. VOMISSEMENT	1 : Absence 2 : Présence						
<u>Absence de vomissement :</u> - Inscrire (1) si l'usager ne présente aucun vomissement. <u>Présence de vomissement :</u> - Inscrire (2) si l'usager présente un (des) vomissement(s). - Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: la quantité, la fréquence, l'aspect), vos évaluations, vos interventions et votre suivi. - Utiliser au besoin l'AMC Nausées et vomissements - Oncologie (AMC-DSIEU-6114)							
10. HOQUET	1 : Absence 2 : Présence						
<u>Absence d'hoquet:</u> - Inscrire (1) si l'usager ne présente pas de hoquet. <u>Présence d'hoquet:</u> - Inscrire (2) si l'usager présente du hoquet. - Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: la fréquence, la durée), vos évaluations (ex: accompagné de symptômes: vomissements), vos interventions (ex: médication PRN) et votre suivi.							
11. FONCTION INTESTINALE	1 : Continence 2 : Incontinence → Surveiller et documenter Grille d'élimination intestinale						
<u>Continence fécale :</u> - Inscrire (1) si l'usager est continent fécal. - Utiliser la Grille d'élimination intestinale pour l'hôpital CLI-60225, pour le CHSLD ADM-DSIEU-6051 pour documenter les selles. <u>Incontinence fécale :</u> - Inscrire (2) si l'usager est incontinent fécal. - Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations (ex: inspection, palpation, auscultation), vos interventions (ex: toucher rectal, lavement) et votre suivi. <u>Autre :</u> - Utiliser au besoin l'AMC Constipation - Oncologie (AMC-DSIEU-6111), Diarrhée - Oncologie (AMC-DSIEU-6116), (CHSLD AMC-DSIEU-6135)							
12. FONCTION VÉSICALE	1 : Continence 2 : Incontinence 3 : Dysurie 4 : Anurie 5 : Sonde urinaire						
<u>Continence urinaire :</u> - Inscrire (1) si l'usager est continent urinaire. - Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: toilette, urinal, chaise d'aisance, la quantité, la qualité de l'urine, etc.). <u>Incontinence urinaire :</u> - Inscrire (2) si l'usager est incontinent urinaire. - Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: fuite goutte par goutte, utilisation de culotte d'incontinence, etc.).							

Dysurie :

- Inscrire (3) si l'utilisateur a de la difficulté à uriner.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: si présence de symptômes d'infection urinaire), vos évaluations, vos interventions et votre suivi.

Anurie:

- Inscrire (4) si vous observez qu'il y a absence d'urine.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: début des symptômes), vos évaluations (ex: globe vésical), vos interventions (ex: bladder scan, volume résiduel) et votre suivi.

Sonde urinaire:

- Inscrire (5) si l'utilisateur est porteur d'une sonde urinaire.

Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations et interventions (ex: l'installation de la sonde, le calibre, les excréta, les irrigations, etc.).

13. PEAU	1 : Saine 2 : Rougeur/lésion/plaie → Documenter CLI-60238 Suivi de soins de plaies						
-----------------	---	--	--	--	--	--	--

Peau saine:

- Inscrire (1) si vous ne trouvez aucune anomalie de la peau et des autres muqueuses.

Rougeur/lésions/plaie:

- Inscrire (2) si vous vous constatez une rougeur, un bri cutané de la peau ou des muqueuses (lacération, éraflure).
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: OMI), vos évaluations, vos interventions (ex : mobilisé q2 hrs, bas de compression, référence en ergothérapie pour surface préventive, etc.).
- Utiliser le [CLI-60238 Note évolutive suivi soins de plaies et plan de traitement](#) pour documenter la description et le changement de pansement des plaies.

14. MOBILITÉ	1 : Complète 2 : Réduite 3 : Surtout assis/couché 4 : Surtout alité 5 : Toujours au lit Aide transfert/marche : _____ Aide technique : _____						
---------------------	---	--	--	--	--	--	--

Mobilité complète :

- Inscrire (1) si l'utilisateur est autonome dans sa mobilité.

Mobilité réduite :

- Inscrire (2) si l'utilisateur a une mobilité réduite, c'est-à-dire qu'il circule sur de courtes distances.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: durée et tolérance) vos évaluations (ex: risque de chute, trouble d'équilibre et symptôme associé), vos interventions et votre suivi.

Surtout assis/couché:

- Inscrire (3) si l'utilisateur est souvent au lit ou au fauteuil.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: durée, tolérance).

Surtout alité:

- Inscrire (4) si l'utilisateur passe la majorité de son temps couché au lit.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: durée, tolérance).

Toujours au lit:

- Inscrire (5) si l'utilisateur est alité.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos interventions (ex : respect de l'horaire de mobilisation).

Aide transfert/marche:

- Préciser le type d'aide requis au transfert et à la marche (ex : aucune, aide X1 ou aide X2)

Aide technique:

- Préciser le type d'aide technique requis (ex : aucune, canne, marchette, lève-personne).

Autres :

- Remplir le système d'information sur la sécurité des soins et des services ([SISSS](#)) SISSS et le [CLI-60249 Évaluation initiale et surveillance postchute](#), lors d'une chute.

15. SOMMEIL	1 : Régulier 3 : Perturbé	2 : Intermittent 4 : Insomnie						
--------------------	------------------------------	----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Sommeil régulier :

- Inscrire (1) si l'usager a un sommeil régulier
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: l'heure du coucher et l'heure de réveil).

Sommeil intermittent:

- Inscrire (2) si l'usager a un sommeil segmenté, c'est-à-dire qu'il est ponctué de périodes d'éveil.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: les heures de sommeil versus les heures d'éveil), vos évaluations (ex: éléments déclencheurs), vos interventions (ex: pharmacologique ou non pharmacologique) et votre suivi.

Sommeil perturbé :

- Inscrire (3) si l'usager a un sommeil perturbé (ex : agitation, cauchemars).
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations (ex: cauchemars, anxiété), vos évaluations (ex: présence de myoclonies), vos interventions et votre suivi.

Insomnie :

- Inscrire (4) si l'usager fait de l'insomnie, c'est-à-dire qu'il éprouve des difficultés à s'endormir, des réveils nocturnes (intempestifs), une sensation de ne pas avoir récupéré, etc.
- Rédiger une note complémentaire en précisant vos observations, vos évaluations, vos interventions (ex: approche non pharmacologique: musique, respiration) et votre suivi.

Autre :

- Utiliser au besoin l' [AMC Insomnie / Fatigue / Somnolence - Oncologie \(AMC-DSIEU-6112\)](#)

LÉGENDE – DOULEUR**SITES DE LA DOULEUR :**

A : _____

B : _____

C : _____

G : Généralisée

PROVOQUÉE PAR :

M : Mouvement

R : Repos

P : Palpation

T : Traitement

A : Autres

INTENSITÉ : Échelle numérique de 0 à 10**SOULAGEMENT :** A : Aucun P : Partiel T : Total**QUALITÉ :**

1) Élançante, lancinante

3) Picotement, démangeaison

5) Pulsation, battement

7) Pincement, pesanteur, crampe

9) Autres : _____

2) Coupante, transperçante

4) Martèlement, cognement

6) Chaleur, brûlure

8) Tiraillement, torsion

NON VERBAL (INDICATEURS) :

1) Aucun

3) Sanglots

5) Agitation

2) Faciès crispé

4) Gémissements

6) Rigidité

DOULEUR

HEURE	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
PRN administré (voir FADM) ☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SITE																
PROVOQUÉE																
INTENSITÉ																
QUALITÉ																
NON VERBAL																
SOULAGEMENT																
INITIALES																

PQRSTU = P : Provoquer/Pallier Q : Qualité/Quantité R : Région/Irradiation S : Signes/Symptômes associés T : Temps U : Compréhension

Sites de la douleur :

- Inscrire un site de douleur par lettre.

Douleur :

- Utiliser une colonne verticale par site de douleur (A, B, C, G) et par moment (évaluation initiale, suivi soulagement).
- Heure : inscrire l'heure de l'évaluation.
- Site : inscrire la lettre correspondant au site de douleur évaluée.

- Provoquée| Intensité| Qualité| Non verbal| Soulagement : inscrire la lettre ou le chiffre approprié à la condition clinique de l'usager à partir de la section «LÉGENDE-DOULEUR».
- Utiliser au besoin l'[Évaluation de la douleur - Oncologie \(AMC-DSIEU-6113\)](#).

Exemple d'utilisation de la grille d'évaluation de la douleur (histoire de cas) :

M. Aimé, âgé de 70 ans, est admis sur votre unité de soins pour néo du poumon stade 4 avec un pronostic inférieur à 3 mois. Son niveau de soins est D, sans RCR. Lors de votre tournée à 08:30, il est alité et vous remarquez qu'il gémit. Pendant votre évaluation, il se dit souffrant au ventre et au dos depuis qu'il a pris son bain ce matin. La douleur abdominale se situe à 4/10 sous forme de coup de couteau et celle dorsale est de 7/10 sous forme de chaleur. Vous convenez de lui administrer un PRN. À 09:00, il vous mentionne que la douleur abdominale est bien soulagée, par contre, celle dorsale est diminuée légèrement à 3/10 au repos. Vous suggérez à sa conjointe présente de lui prodiguer un massage pour favoriser la relaxation musculaire. 30 minutes plus tard, il se dit mieux, la douleur dorsale est à 1/10 au repos, visage détendu.

LÉGENDE – DOULEUR																
SITES DE LA DOULEUR :			PROVOQUÉE PAR :			QUALITÉ :										
A : <u>Abdominal</u>			M : Mouvement			1) Élançante, lancinante					2) Coupante, transperçante					
			R : Repos			3) Picotement, démangeaison					4) Martèlement, cognement					
B : <u>Dorsal</u>			P : Palpation			5) Pulsation, battement					6) Chaleur, brûlure					
			T : Traitement			7) Pincement, pesanteur, crampe					8) Tiraillement, torsion					
C : _____			A : Autres			9) Autres : _____										
			INTENSITÉ : Échelle numérique de 0 à 10			NON VERBAL (INDICATEURS) :										
G : Généralisée			SOULAGEMENT : A : Aucun P : Partiel T : Total			1) Aucun					2) Faciès crispé					
						3) Sanglots					4) Gémissements					
						5) Agitation					6) Rigidité					
DOULEUR																
HEURE	08:30	08:30	09:00	09:00	09:30	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
PRN administré (voir FADM) ☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SITE	A	B	A	B	B											
PROVOQUÉE	M	M	R	R	R											
INTENSITÉ	4	7	0	3	1											
QUALITÉ	2	6		6	6											
NON VERBAL	4	4	1	1	1											
SOULAGEMENT			T	P	P											
INITIALES	LH	LH	LH	LH	LH											

PQRSTU = P : Provoquer/Pallier Q : Qualité/Quantité R : Région/Irradiation S : Signes/Symptômes associés T : Temps U : Compréhension

NOTES COMPLÉMENTAIRES	
hh:mm	
hh:mm	

Notes complémentaires :

- Inscrire les observations, les évaluations, les interventions (pharmacologiques et non pharmacologiques, enseignements) et les suivis.
- Poursuivre les notes complémentaires sur le formulaire *Observations de l'infirmière* (AH-412), si espace insuffisant.

Compléments d'informations/éléments à inscrire dans les notes complémentaires :

- Appareillages : cathéters (sous-cutanés, périphériques et centraux), drains, TNG, stomies.
- Urgences palliatives : détresse (respiratoire, hémorragie aigue et massive, douleur incontrôlable et sévère), compression médullaire, syndrome de la veine cave supérieure, occlusion intestinale.
- Aspects psychosociaux : état émotionnel (triste, colère, dépression, serein), réseau social (visites, soutien des proches, situation conflictuelle, intervention auprès des proches)
- Consultations et références (nutrition, ergothérapie, soins spirituels, physiothérapie, psychologie)
- Rencontre interdisciplinaire

Références

DSIEU (février 2022). *CLI-60479 Note d'évolution- clientèle avec niveau de soins alternatif (NSA)*. [Notes d'observation]. CISSS de la Montérégie-Ouest. Repéré à <https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca>

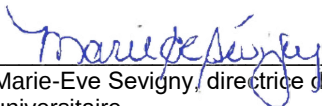
Interior Health (2020). Respiratory Distress Observation Scale. Repéré à <https://www.interiorhealth.ca/sites/default/files/PDFS/826583-respiratory-distress-observation-scale.pdf>

Lamarre, D.; Marsolais, M., Savard, N. (2022). *Mini-guide Palli-science* (23^e édition). Repéré à <https://palli-science.com/mini-guide-palli-science>

Maison de soins palliatifs Vaudreuil-Soulanges (2013). *Paramètres d'observation et suivi*. [Notes d'observation]. Maison de soins palliatifs Vaudreuil-Soulanges.

Processus – Consignes pour la complétion de *Notes d'évolution bilan 24 heures - Soins palliatifs*

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Li Yuan He, Infirmière consultante en soins palliatifs - Vaudreuil-Soulanges	2023-02-01
	Stéphanie Poirier-Maheu, infirmière consultante en soins palliatifs - Haut-Saint-Laurent	2023-02-01
Révisé par		
Personnes consultées	Chantal Rochefort, infirmière consultante en soins palliatifs - Suroît	2023-02-16
	Claudine Robert, infirmière consultante en soins palliatifs - Jardins Roussillon	2023-02-16
	Dave Métras, conseiller en soins infirmiers, volet hébergement CHSLD	2023-02-16
	Marie-Hélène Caron, infirmière consultante en soins palliatifs Vaudreuil-Soulanges et Suroît	2023-02-01
	Mireille Clermont, conseillère cadre spécialisée, volet DSSADG	2023-02-14
	Josée Ferland, conseillère cadre spécialisée, volet SHAPPA	2023-02-22
	Geneviève Benoit, conseillère cadre spécialisée, volet soins généraux	2023-02-22

Historique du document		
Approuvé par	 Marie-Eve Seigny, directrice des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	2023-03-16
Approuvé par	 Isabelle Lefebvre, directrice des services de soutien à domicile et de la gériatrie	2023-03-22