

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

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

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa-mm-jj

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## ÉVALUATION DU BESOIN DE SURVEILLANCE CONSTANTE

\* Consignes: Se référer à la procédure clinique PRO-10072

| ÉVALUATION INITIALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Évaluation infirmière : réévaluation infirmière chaque 8 heures et au besoin à prévoir au plan thérapeutique infirmier (PTI)                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Évaluation médicale : réévaluation médicale chaque 24 heures et infirmière chaque 8 heures et au besoin à prévoir au (PTI)                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| PROBLÉMATIQUE OU RISQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Risque d'errance<br><input type="checkbox"/> Risque de fugue<br><input type="checkbox"/> Risque d'agressivité<br><input type="checkbox"/> Risque de chute                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Risque d'interférence au traitement (ex. : voie centrale retrait)<br><input type="checkbox"/> Risque suicidaire élevé<br><input type="checkbox"/> Risque d'aggravation de la condition médicale<br><input type="checkbox"/> Autre(s) risque(s) clinique(s) : _____                                                                           |
| FACTEUR CONTRIBUTOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Aucune mesure de remplacement possible : voir CLI-60058 Mesures de remplacement<br><input type="checkbox"/> Douleur<br><input type="checkbox"/> Condition médicale<br><input type="checkbox"/> Délirium<br><input type="checkbox"/> Troubles cognitifs<br><input type="checkbox"/> Troubles de santé mentale<br><input type="checkbox"/> Autres facteurs ayant un impact sur le risque identifié : _____ | <input type="checkbox"/> Transferts multiples de chambre (changements fréquents d'environnement)<br><input type="checkbox"/> Intoxication ou sevrage<br><input type="checkbox"/> Encombrement visuel<br><input type="checkbox"/> Bruits<br><input type="checkbox"/> Éclairage déficient<br><input type="checkbox"/> Absence de repères temporels, spatiaux et humains |
| SURVEILLANCE REQUISE SUR QUEL(S) QUART(S) DE TRAVAIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Jour                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Soir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Nuit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| TYPE DE RESSOURCE SUGGÉRÉE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Catégorie des non-professionnels<br><input type="checkbox"/> Préposé aux bénéficiaires<br><input type="checkbox"/> Infirmière auxiliaire<br><input type="checkbox"/> Infirmière                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute<br><input type="checkbox"/> Agent de sécurité ou autre<br><input type="checkbox"/> Féminin (ordonnance médicale seulement)<br><input type="checkbox"/> Masculin (ordonnance médicale seulement)                                                                                                                             |
| CONDITION DE CESSATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Évaluation infirmière                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ordonnance médicale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Signature et titre \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_  
 Numéro de permis \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj hh:mm

Nom :

Prénom :

#Dossier :

**RÉÉVALUATION DE PROBLÉMATIQUE OU RISQUE SELON LE FACTEUR CONTRIBUTOIRE**

☐ Réévaluation qui tient compte des observations collectées auprès de la ressource dédiée à la surveillance et du formulaire  
*OBSERVATIONS CLINIQUES – SURVEILLANCE ACCRUE (CLI-60113)* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décision : ☐ Maintien ☐ Modification ☐ Cessation Suivi de la décision : ☐ ICASI/ASI ☐ Ajustement du PTI

Signature et titre \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm

☐ Réévaluation qui tient compte des observations collectées auprès de la ressource dédiée à la surveillance et du formulaire  
*OBSERVATIONS CLINIQUES – SURVEILLANCE ACCRUE (CLI-60113)* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décision : ☐ Maintien ☐ Modification ☐ Cessation Suivi de la décision : ☐ ICASI/ASI ☐ Ajustement du PTI

Signature et titre \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm

☐ Réévaluation qui tient compte des observations collectées auprès de la ressource dédiée à la surveillance et du formulaire  
*OBSERVATIONS CLINIQUES – SURVEILLANCE ACCRUE (CLI-60113)* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décision : ☐ Maintien ☐ Modification ☐ Cessation Suivi de la décision : ☐ ICASI/ASI ☐ Ajustement du PTI

Signature et titre \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm

☐ Réévaluation qui tient compte des observations collectées auprès de la ressource dédiée à la surveillance et du formulaire  
*OBSERVATIONS CLINIQUES – SURVEILLANCE ACCRUE (CLI-60113)* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décision : ☐ Maintien ☐ Modification ☐ Cessation Suivi de la décision : ☐ ICASI/ASI ☐ Ajustement du PTI

Signature et titre \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm

☐ Réévaluation qui tient compte des observations collectées auprès de la ressource dédiée à la surveillance et du formulaire  
*OBSERVATIONS CLINIQUES – SURVEILLANCE ACCRUE (CLI-60113)* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décision : ☐ Maintien ☐ Modification ☐ Cessation Suivi de la décision : ☐ ICASI/ASI ☐ Ajustement du PTI

Signature et titre \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm