



MOCLI60059

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

SOINS/INTERVENTIONS/SURVEILLANCE LIÉS AUX MESURES DE CONTRÔLE - HÔPITAL

- L'infirmière effectue une évaluation de l'usager, incluant le discours, l'état de conscience/mental et effectue une surveillance sur le formulaire minimalement deux fois par quart
- Pour chaque élément, apposer un crochet ☒ pour la réalisation de la surveillance ou inscrire les numéros correspondants à la légende.

LÉGENDE			
TYPES DE MESURE DE CONTRÔLE ET MOMENT D'APPLICATION			
☐ 1. Ridelles (2/2 ou 4/4)	☐ 5. Ceinture à boucle :	☐ 9. Autres contentions :	
☐ 2. Ceinture abdominale aimantée	☐ 6. Ceinture pelvienne	☐ 10. Isolement :	
☐ 3. Attaches chevilles ☐ Droite ☐ Gauche	☐ 7. Tablette fixe	☐ 11. Substances chimiques :	
☐ 4. Attaches poignets ☐ Droite ☐ Gauche	☐ 8. Vêtements restrictifs :	☐ 12. 5 points (inclus le type # 2 – 3 – 4)	
Moment de l'application ou commentaires :			
☐ Contexte d'intervention non planifiée	☐ Contexte d'intervention planifiée	Initiales : _____	Date : aaaa/mm/jj

SURVEILLANCE DES SIGNES CLINIQUES																		
COMPOTEMENTS									PEAU/CIRCULATION									
1. Calme	4. Défensif	7. Tente de retirer sa contention		1. Intacte	4. Bleutée	7. Moite												
2. Dort	5. Agitation motrice	8. Agressif verbal		2. Lésée	5. Froide													
3. Coopératif	6. Agitation verbale	9. Agressif physique		3. Rouge	6. Œdème													
Surveillance des signes cliniques ☐ Initiale / Processus de cessation (q 15 min. X 1 h, q 30 min X 2 h) ☐ Constante : Documenter aux 15 min. ☐ En cours d'utilisation : ☐ 15 min. ☐ 30 min. ☐ 45 min. ☐ 60 min. Initiales : _____									Soins et interventions ☒ → q 2 h + PRN ou selon directives									
DATE	HEURE	Type de mesure de contrôle (#)	Retrait temporaire (#)	Processus de cessation (#) (q 15 min. X 1 h, q 30 min. X 2h)	État et ajustement de la contention ☒	Comportements (#)	Peau / Circulation (#)	Respiration sans difficulté ☒	Hydratation / Soins de bouche	Élimination	Positionnement	Mobilisation	Soutien psychologique	Retrait de la contention 5 min.	Mesures de remplacement tentées	Particularités ou autres observations	Professionnel avisé / note observation / PTI ☒	Initiales
aaaa																		
mm/jj	hh:mm																	
mm/jj	hh:mm																	
mm/jj	hh:mm																	
mm/jj	hh:mm																	
mm/jj	hh:mm																	
mm/jj	hh:mm																	
mm/jj	hh:mm																	

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE

Nom :

Prénom :

Dossier :

[illegible]

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE