



HSM0009

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

NOTES ABRÉGÉES EN SOINS INFIRMIERS

LÉGENDE

Initiales = vérifié ou fait

* = particularités (voir note d'évolution infirmière)

Date (aaaa-mm-jj) : _____

Fonctions cognitives / comportementales	1. Observations / Interventions	N	J	S	Commentaires / Notes complémentaires																
	Orienté(e) X 3 sphères																				
Désorienté(e)																					
• Temps																					
• Espace																					
• Personne																					
Confusion *																					
Réponse verbale inappropriée																					
Réponse verbale incompréhensible																					
Pas de réponse verbale *																					
Lenteur à répondre																					
Difficulté à suivre les directives																					
Agitation *																					
Somnolence *																					
Humeur stable																					
Humeur fluctuante *																					
Fonctions respiratoires	Personne eupnéique																				
	Difficultés respiratoires *																				
	Oxygénothérapie :																				
	• Masque																				
	• Canule / lunette nasales																				
	Débit (L / m %)																				
	N _____																				
	J _____																				
	S _____																				
	Quantité restante (bonbonne L / po ²)																				
	N _____ J _____ S _____																				
	Aspiration des sécrétions / expectorations :																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fréquence</th> <th>Aspect</th> <th>Quantité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>J</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>S</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Fréquence	Aspect	Quantité	N				J				S							
		Fréquence	Aspect	Quantité																	
	N																				
J																					
S																					
Exercices respiratoires 5 min q heure																					
Tousser / cracher																					
Drain thoracique :																					
• <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche																					
• <input type="checkbox"/> Succion _____ cm H ₂ O <input type="checkbox"/> Drainage libre																					
• <input type="checkbox"/> Oscille <input type="checkbox"/> Bulle* <input type="checkbox"/> Oscille / bulle																					
• <input type="checkbox"/> Installé : _____ hh-mm Cessé : _____ hh-mm																					
Soins trachéo																					



HSM0009

DATE (AAAA-MM-JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

	1. Observations / Interventions (suite)	N	J	S	Commentaires / Notes complémentaires
Hygiène	1) Autonome 2) Aide partielle 3) Aide totale 4) Supervision				
	• Toilette complète				
	• Toilette partielle				
	<input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Baignoire				
	• Hygiène bucco-dentaire				
	• Barbe				
	• Cheveux				
	• Soins de la bouche				
<input type="checkbox"/> Peau intacte <input type="checkbox"/> Présence de plaie * VFS					
Sommeil	Dort lors des tournées				
	Éveils fréquents *				
	Repos / Sieste				
	Dort par intervalles				
Nutrition / Ingesta	Type de diète : _____				
	1) Autonome 2) Ouvrir contenants 3) Coupe aliments 4) Aide totale 5) Supervision				
	Pourcentage d'aliments ingérés : Déj : _____% Dîner : _____% Souper : _____%				
	Collation (diabétique)				
	Gavage (alimentation entérale) <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> TNE				
	Solution gavage :				
	• Mode continu				
	• Mode intermittent				
	Gavage clampé (nbre de fois / durée) N _____ J _____ S _____				
	Débit de la solution sur pompe N _____ ml/h J _____ ml/h S _____ ml/h				
	Irrigation (nbre de fois / quantité en ml) N _____ ml/h J _____ ml/h S _____ ml/h				
	Bolus H ₂ O (nbre de fois / quantité en ml) N _____ ml/h J _____ ml/h S _____ ml/h				
	Restriction liquidienne : _____ ml / 24 heures				
	<input type="checkbox"/> Feuille de dosage				
Élimination / Excreta	1) Toilette 2) Bassin / Urinal 3) Chaise d'aisance 4) Culotte 5) Condom 6) Incontinence U – F N _____ J _____ S _____				
	1) Autonome 2) Aide partielle 3) Aide totale Degré d'autonomie : N _____ J _____ S _____				
	Sonde vésicale # _____ Installée : _____ hh-mm Cessée : _____ hh-mm				
	Sonde sous-pubienne : Installée : _____ hh-mm Cessée : _____ hh-mm				
	Bladder scan _____ /h/ml _____ /h/ml Bladder scan _____ /h/ml _____ /h/ml				
	Cathétérisme : _____ /h/ml _____ /h/ml Cathétérisme : _____ /h/ml _____ /h/ml				
	1 ^{ère} miction post _____ hh-mm				
	1) Normales 2) Semi-liquides 3) Liquides 4) Dures Aspect des selles : N _____ J _____ S _____				
	<input type="checkbox"/> Stomie urinaire <input type="checkbox"/> Stomie intestinale				
	Aspect de la stomie :				



HSM0009

DATE (AAAA-MM-JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

	1. Observations / Interventions (suite)	N	J	S	Commentaires / Notes complémentaires
	Drainage / Tubes	1) Suction continue 2) Suction intermittente 3) Drainage libre 4) Clampé 5) Pleine pression 6) Demi-pression TNG <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Installé : ____ hh-mm Cessé ____ hh-mm Mode : N ____ J ____ S ____ Irrigation N ____ J ____ S ____ <input type="checkbox"/> Hémovac <input type="checkbox"/> Jackson Pratt Mode : N ____ J ____ S ____ Autre tube /drain Mode : N ____ J ____ S ____ Autre tube /drain Mode : N ____ J ____ S ____			
Gestion des risques	1) Ridelle X1 2) Ridelles X2 3) Thoracique 4) Pelvienne 5) Poignets 6) Gériatrique 7) Chevilles Mesure de contrôle : N ____ J ____ S ____ Surveillance : q ____ min q ____ h Isolement : <input type="checkbox"/> Cloche d'appel à la portée <input type="checkbox"/> Bas antiembolique <input type="checkbox"/> Compression inter. <input type="checkbox"/> Observation points de pression q 8 heures <input type="checkbox"/> Surface thérapeutique				
Psychosocial	<input type="checkbox"/> Présence de visiteurs au chevet N : _____ J : _____ S : _____ Participation aux soins Personne : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mitigée Famille : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mitigée				
Mobilisation	1) Autonome 2) Aide 1 pers. 3) Aide 2 pers. 4) Supervision Lit : N ____ J ____ S ____ Fauteuil : N ____ J ____ S ____ Marche : N ____ J ____ S ____ Repos au lit strict ad : _____ Position du lit : _____ Tête de lit à ____° Positions alternées q ____ heure(s) 1) Canne 2) Marchette 3) Béquilles 4) Lève-personne 5) Attelle Aide technique : N ____ J ____ S ____ <input type="checkbox"/> Tx physio <input type="checkbox"/> Tx ergo				
Activités	Type d'examen _____ Départ : ____ hh-mm Retour : ____ hh-mm Type d'examen _____ Départ : ____ hh-mm Retour : ____ hh-mm				

