

Direction des soins infirmiers

**NOTES ABRÉGÉES EN SOINS
INFIRMIERS**

LÉGENDE

Initiales = vérifié ou fait

* = particularités (voir note d'évolution infirmière)

Date : _____

| | Observations / Interventions | N | J | S | Commentaires / Notes complémentaires | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|-----------|----------|---|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctions cognitives/comportementales | 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/lunettes 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 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Succion <input type="checkbox"/> _____ cm H ₂ O Drainage libre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Oscille <input type="checkbox"/> Bulle* <input type="checkbox"/> Oscille/bulle <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Installé : _____ h Cessé : _____ h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Soins de trachéo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Observations / Interventions | N | J | S | Commentaires / Notes complémentaires |
|--|---|----------|----------|----------|---|
| Hygiène | 1) Autonome 2) Aide partielle 3) Aide totale 4) Supervision | | | | |
| | ▪ Toilette complète | | | | |
| | ▪ Toilette partielle | | | | |
| | Lit <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Baignoire <input type="checkbox"/> | | | | |
| | ▪ Hygiène bucco-dentaire | | | | |
| | ▪ Barbe | | | | |
| | ▪ Cheveux | | | | |
| | ▪ Soins de la bouche | | | | |
| | 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 | | | | |
| | Degré d'autonomie : N <u> </u> J <u> </u> S <u> </u> | | | | |
| | Pourcentage d'aliments ingérés : Déj. : <u> </u> % Dîner : <u> </u> % Souper : <u> </u> % | | | | |
| | Collation (diabétique) | | | | |
| | Gavage (alimentation entérale) Gastrostomie <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> TNE <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Solution gavage : ▪ Mode continu | | | | |
| | ▪ Mode intermittent | | | | |
| | Gavage clampé (nbre de fois/durée) N <u> </u> J <u> </u> S <u> </u> | | | | |
| | Débit de la solution sur pompe N <u> </u> ml/h J <u> </u> ml/h S <u> </u> ml/h | | | | |
| | Irrigation (nbre de fois/quantité en ml) N <u> </u> / <u> </u> J <u> </u> / <u> </u> S <u> </u> / <u> </u> | | | | |
| | Bolus H ₂ O (nbre de fois/quantité en ml) N <u> </u> / <u> </u> J <u> </u> / <u> </u> S <u> </u> / <u> </u> | | | | |
| Restriction liquidienne : <u> </u> ml/24 heures | | | | | |
| Feuille de dosage <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Élimination/excreta | 1) Toilette 2) Bassin/Urinal 3) Chaise d'aisance 4) Culotte 5) Condom 6) Incontinence U-F N <u> </u> J <u> </u> S <u> </u> | | | | |
| | 1) Autonome 2) Aide partielle 3) Aide totale Degré d'autonomie N <u> </u> J <u> </u> S <u> </u> | | | | |
| | Sonde vésicale # <u> </u> installée : <u> </u> h cessée : <u> </u> h | | | | |
| | Sonde sus-pubienne : installée : <u> </u> h cessée : <u> </u> h | | | | |
| | Bladder Scan : <u> </u> /h/ml <u> </u> /h/ml | | | | |
| | Bladder Scan : <u> </u> /h/ml <u> </u> /h/ml | | | | |
| | Cathétérisme : <u> </u> /h/ml <u> </u> /h/ml | | | | |
| | Cathétérisme : <u> </u> /h/ml <u> </u> /h/ml | | | | |
| | 1 ^{ère} miction post <u> </u> h | | | | |
| | 1) Normales 2) Semi-liquides 3) Liquides 4) Dures Aspect des selles : N <u> </u> J <u> </u> S <u> </u> | | | | |
| | Stomie urinaire <input type="checkbox"/> Stomie intestinale <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Aspect de la stomie : <u> </u> | | | | |

| | Observations / Interventions | 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 G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Installé : ___h Cessé : ___h Mode : N ___ J ___ S ___ Irrigation : N ___ J ___ S ___ | | | | |
| | Hémovac <input type="checkbox"/> Jackson Pratt <input type="checkbox"/> Mode : N ___ J ___ S ___ | | | | |
| | Autre tube/drain : _____ Mode : N ___ J ___ S ___ | | | | |
| | Autre tube/drain : _____ Mode : N ___ J ___ S ___ | | | | |
| | | | | | |
| Gestion des risques | 1) Ridelle X 1 2) Ridelles X 2 3) Thoracique 4) Pelvienne 5) Poignets 6) Gériatrique 7) Chevilles Mesures de contrôle : N ___ J ___ S ___ Surveillance : q ___ min q ___ h Isolement : _____ 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 <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Psychosocial | Présence de visiteurs au chevet <input type="checkbox"/> N : _____ J : _____ S : _____ | | | | |
| | Participation aux soins Personne oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> mitigée <input type="checkbox"/> Famille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> mitigée <input type="checkbox"/> | | | | |
| 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 ___ heures 1) Canne 2) Marchette 3) Béquilles 4) Lève-personne 5) Attelle Aide technique : N ___ J ___ S ___ Tx physio <input type="checkbox"/> Tx ergo <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Activités | Type d'examen : _____ Départ : ___h Retour : ___h Type d'examen : _____ Départ : ___h Retour : ___h | | | | |
| | | | | | |

