



HSM0009

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) : \_\_\_\_\_

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

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 <sup>2</sup> )				
	N _____ J _____ S _____				
	Aspiration des sécrétions / expectorations :				
		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 <sub>2</sub> 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	PRENOM

	1. Observations / Interventions (suite)	N	J	S	Commentaires / Notes complémentaires
<b>Hygiène</b>	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					
<b>Sommeil</b>	Dort lors des tournées				
	Éveils fréquents *				
	Repos / Sieste Dort par intervalles				
<b>Nutrition / Ingesta</b>	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 <sub>2</sub> 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					
<b>Élimination / Excreta</b>	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 <sup>ère</sup> 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

N° D'ADRESSE

N° DOSSIER

LPO

PRÉSOIN

	1. Observations / Interventions (suite)	N	J	S	Commentaires / Notes complémentaires
<b>Drainage / Tubes</b>	1) Succion continue 2) Succion 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 ____					
<b>Gestion des risques</b>	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				
<b>Psychosocial</b>	<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					
<b>Mobilisation</b>	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					
<b>Activités</b>	Type d'examen _____ Départ : ____ hh-mm Retour : ____ hh-mm				
	Type d'examen _____ Départ : ____ hh-mm Retour : ____ hh-mm				

