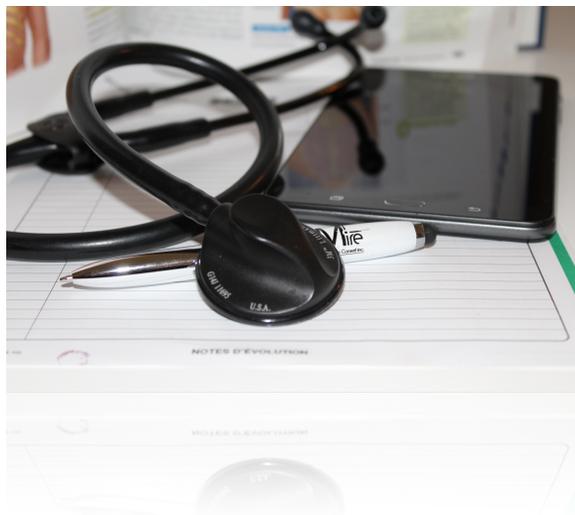


# NOTES AU DOSSIER

## Écrire moins pour mieux documenter

Mireille Guillemette  
inf.B.éd. et auteure

Formation en ligne



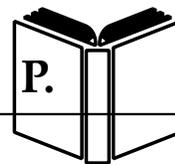
Dernière mise à jour : 2021-10-01  
REPRODUCTION INTERDITE

**Objectif général** : Rédiger des notes de qualité témoignant de l'excellence du suivi client et des soins prodigués.

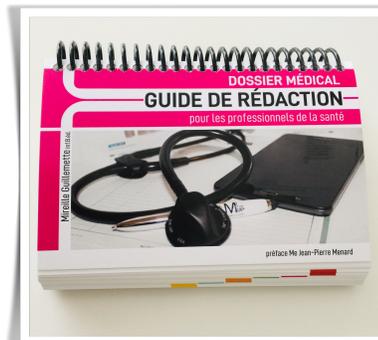
**OBJECTIFS SPÉCIFIQUES / Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :**

- Réaliser le défi professionnel d'une rédaction rigoureuse des notes au dossier
- Définir ce qu'est une note d'évolution
- Écrire des notes qui reflètent le champ d'exercice et les activités réservées
- Écrire des notes conformes aux exigences déontologiques.
- Formuler des notes d'évolution de qualité et sans équivoque sur l'excellence des soins prodigués et du suivi clinique.
- Appliquer les principes de rédaction des notes d'évolution selon les nouveaux standards de qualité.
- Écrire des notes d'évolution selon une nouvelle approche fondée sur l'excellence du suivi clinique et de l'évaluation de l'état de santé.

# Déclaration de conflit d'intérêts



1. Auteure : *Dossier Médical, GUIDE DE RÉDACTION pour les professionnels de la santé, 2019*  
ISBN 978-2-9818651-0-6



2. Auteure : *Guide de rédaction des notes aux dossier, version électronique OIIAQ, 2019*

## Avertissement

Les notes d'évolution présentées dans cette formation y sont à titre d'exemples uniquement; elles ne représentent pas un épisode complet de soin. Elles ne sont donc pas des notes exhaustives. Sans oublier que des règles propres à chaque établissement s'appliquent parfois. Ces exemples sont conformes aux différentes lois et réglementations au moment de leur écriture.

Les études de cas sont des situations fictives même si elles sont inspirées de faits vécus.

Le terme patient est souvent utilisé. Il désigne toute personne recevant des soins et des services de santé.

## Test d'introduction

1. Il peut être adéquat pour l'infirmière de documenter un soin d'hygiène
2. Nommer 3 activités réservées à votre profession
3. Vrai ou faux. Peut-on utiliser le terme *confus*
4. Vrai ou faux. Est-ce possible d'utiliser le terme « semble dormir »
5. Vrai ou faux. Lorsque vous devez inscrire une note d'évolution et que l'état du patient est stable il est acceptable d'écrire « pas de particularité » ou « rien de spécial »:
6. La note de tiers est une note réservée aux travailleurs sociaux. Vrai ou faux
7. Vrai ou faux. L'enseignante en soins infirmiers ne doit pas contresigner les notes d'évolution des élèves en stage :

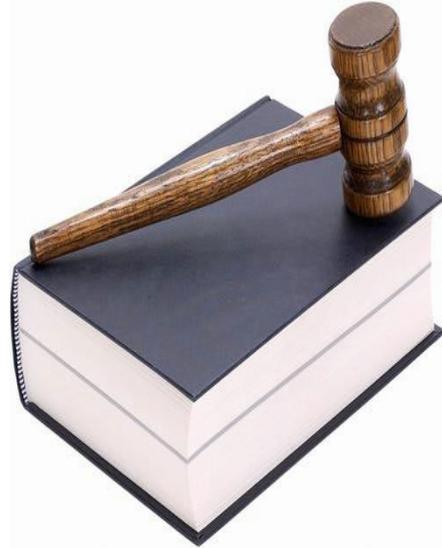
### Mes notes

Faites un ✓ dans la colonne de droite si vous inscrivez parfois ces expressions dans vos notes au dossier.

Patient confus et agité	
Agressif	
Semble être anxieux	
Visiteurs à son chevet	
Circule dans le corridor de façon autonome	
Dyspnéique, respiration 26/minute, râles bronchiques importants	
Selles diarrhéiques abondantes	
Cloche d'appel à sa portée	
Repose au lit à mon arrivée	
Appartement insalubre	
Sera vu par Dr Croteau lors de la visite médicale	
Écoulement purulent ++	
Accaparant +++	
1 gtte instillée A.U.	
Va bien ou stable	

## La loi et le dossier médical

- Loi sur les infirmières et infirmiers
- Code de déontologie des infirmières
- Code des professions
- Code civil du Québec
- Loi sur les SSSS
- Loi d'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels
- Règlements sur l'organisation et l'administration des établissements
- Loi sur les archives
- La charte des droits et libertés de la personne
- L'Office de la langue française



## La documentation des activités réservées

Notre documentation doit refléter les activités qui nous sont réservées

- Infirmière auxiliaire : 9 activités réservées et 3 activités autorisées (sauf en SAD)
- Infirmière : 17 activités réservées

# Évolution de la pratique / les rôles professionnels

En 2003, importantes modifications au Code des professions (loi 21 et 90).

**« Nous sommes passés des activités déléguées par le médecin, c'est-à-dire dictées aux infirmières, aux activités réservées aux infirmières... » Joel Brodeur, OIIQ**

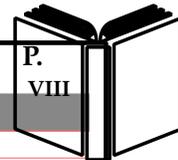
Voici un exemple de l'évolution de la note au dossier en moins de 20 ans.  
La note d'observation inscrite au dossier en 2002.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2002-01-01	3 <sup>e</sup> jour sans selle, protocole de constipation débuté tel que prescrit.

La note d'évolution pour la même situation, inscrite au dossier en 2019.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-01	10h00 3 <sup>e</sup> jour sans selle. Pas d'inconfort. Alerte et attentif. Abdomen protubérant, symétrique. Auscultation abdominale aux 4 quadrants: 7 à 24 bruits/min., pas de douleur à la palpation profonde.

Cette doit être complétée par les interventions non pharmacologiques, le résultat, la signature et le titre. La note d'évolution inscrite en 2019 est conforme au rôle aujourd'hui réservé à l'infirmière : celui d'évaluer l'état de santé physique et mental de la personne symptomatique.



## Infirmières et infirmiers

- Place prépondérante à **l'évaluation** de l'état de santé d'une personne, à la **détermination et à la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers** (article 36)
- 17 activités réservées
- Importance de l'examen et du suivi clinique
- La prescription infirmière
- La note au dossier est la preuve écrite de l'activité professionnelle de l'infirmière. Elle doit être le reflet de cette appropriation du plein exercice de son champ de pratique.

## Infirmières et infirmiers auxiliaires

- 9 activités réservées et 3 activités autorisées (sauf en SAD)
- Contribution à l'évaluation de l'état de santé physique et mentale
- Le changement dans la condition physique ou mentale d'un patient

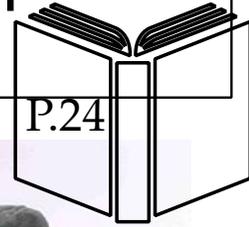
## Application

**Cocher les extraits de ces notes pertinents à votre champ d'exercice**

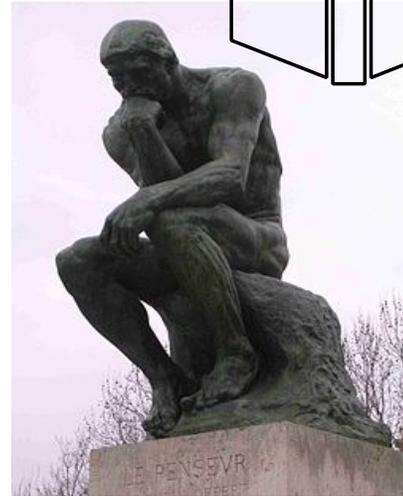
1. Respiration Cheyne-Stoke, périodes d'apnée de 20 secondes.
2. Changement de culotte d'incontinence.
3. Se sent anxieuse, Ativan donné tel que prescrit.
4. Pansement changé selon tx.
5. Alerte, attentive, orienté temps et espace.
6. Écoute télévision, visiteurs toujours au chevet.



Que pensez-vous de ce principe:

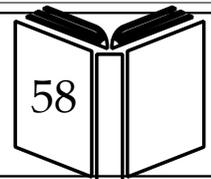


*«Ce qui est écrit est considéré comme étant fait, et ce qui n'a pas été écrit n'a pas été fait»*



## Étude de cas

Affaire Bérubé C. Hôpital Hôtel-Dieu-de-Lévis, 2003



Procès à la suite d'un décès survenu le 23 avril 2003 CanLII 55071 (QC CA), HDL

- L'infirmière note au dossier à plusieurs occasions la température, aucune note sur la tension artérielle et le rythme cardiaque.
- La température de la patiente est notée 13 fois entre 19h45 le 22 et 12h30 le 23 avril; il n'y a, par contre, aucune note concernant la tension artérielle.
- L'infirmière affirme qu'en prenant la température, on prend aussi le pouls mais qu'il n'a pas à être noté s'il est normal.

**Si vous étiez le juge, quelles conclusions en tireriez-vous? Y a-t-il eu négligence de la part de l'infirmière?**

## Importance légale

Les notes au dossier peuvent servir de preuve dans le cas de poursuites judiciaires.

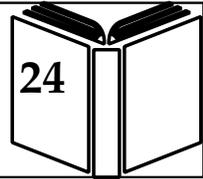
### Devrait-on inscrire ✓

1. Irrigation vésicale faite (irrigation DIE en CHSLD)
2. Médicament régulier administré
3. Médicament PRN administré
4. État d'un client identique à hier
5. Traitement ventilatoire, un prélèvement, une culture
6. Vérifications visuelles effectuées (triage)
7. Surveillance effectuée auprès d'un usager mis en isolement (tablette du fauteuil utilisée depuis plusieurs mois)

## Ce qui doit être inscrit

- Les besoins du client et ses attentes
- **L'évolution** de sa situation de santé : AMÉLIORATION OU DÉTÉRIORATION
- **L'évaluation** démontrant la prise de décisions cliniques
- Les soins
- Les traitements
- L'enseignement
- Les autres interventions planifiées et effectuées
- Les réactions du client
- Les résultats obtenus

## Mise en situation



Mme Smith, 87 ans, souffre d'un TNCM de cause Alzheimer

**Devrait-on noter aux dossiers que :**



- La cloche d'appel est à sa portée
- Qu'elle a mangé selon son habitude
- Que son pansement a été changé (plaie d'ulcère veineux, pansement refait BID)
- Qu'elle émet des vocalisations répétitives (habituelles pour elle : 5/7 jours en après-midi)
- Qu'elle présente une modification de son autonomie, de son état mental ou de son comportement

## Méthode de rédaction

- 
- An icon of a computer monitor with a list of writing methods on the screen.
- Narrative
  - SOAPIE
  - DIR
  - Par exception
  - Informatisée ou manuscrite

**Les notes doivent inclure l'examen clinique (la contribution à l'évaluation)**

# Une note infirmière selon la « nouvelle méthode »

1. Examen clinique

Anamnèse (PQRSTU)

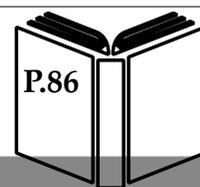
Examen physique de l'état mental

2. Constats et directives

PTI

3. Interventions, surveillance et

résultats de l'évaluation



Exemple de note portant sur l'anamnèse, l'examen physique et les interventions.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-28	8h10 Examen clinique pulmonaire en situation aiguë. Malaise dominant : Essoufflement.
	<u>Anamnèse</u>
	P : Provoqué : Ne sait pas. Pallié : se repose, mange seulement de très petits repas.
	Q : Sensation d'oppression, incapable de prendre insp. profonde, 7/10.
	Impact fonctionnel présent : ne fait plus aucun AVD depuis hier.
	R : N/A
	S : Toux sèche occasionnelle depuis 2 jours. Grande fatigue. Perte d'appétit.
	T : Constant depuis 3 jours.
	U : Ne sais pas.
	<u>Examen physique</u>
	INSPECTION : Attentive, alerte. Retour capillaire 1 sec. Sat.96 %, S.V. dans ses moyennes.
	FR : 24/ min, rég, thoracique, superficielle, retour capillaire normal, saturation 96% air ambiant, aucun tirage, ni expectoration, ni cyanose durant l'examen mais présence de toux sèche pendant l'examen.
	AUSCULTATION : BB : N, face antérieure et postérieure LID : crépitants et tous les autres lobes MVN.
	8h25 Interventions : Dr Dumas avisé. PTI modifié.
	..... Marthe Pierre-Louis inf.

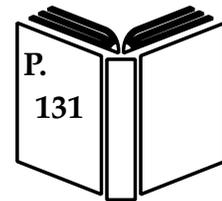
N.B. L'utilisation du formulaire Examen clinique remplacerait cette note



## La note de l'infirmière auxiliaire : sa contribution à l'évaluation

- Rachelle est infirmière auxiliaire et travaille dans une résidence privée pour âgés. Une infirmière est disponible au téléphone le jour et le soir, sur semaine.
- Mme Carignan se plaint de nausées et a eu un vomissement alimentaire il y a 15 minutes. Elle demande un Graval. Elle a déjà pris cette médication par le passé. Une ordonnance collective est disponible.

**Que doit-on retrouver dans la note :**



## Ordonnance collective et ordonnance individuelle

- **ORDONNANCE COLLECTIVE**

Vise un groupe de personnes. Une évaluation est obligatoire avant l'administration d'un traitement ou médicament en O.C.

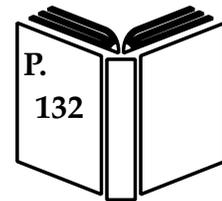
- **ORDONNANCE INDIVIDUELLE**

Ne vise qu'une seule personne qui a été évaluée par le prescripteur. Peut donc être administré de façon autonome par l'inf.aux. lorsque la personne répond aux indications.

## La note de l'infirmière : Lors de l'administration d'un PRN

- Micheline est infirmière et travaille sur une unité de médecine.
- M. Huot se plaint de reflux gastro-oesophagien. Il demande son Zantac. Une ordonnance individuelle est à son dossier.

**Que doit-on retrouver dans la note :**



## Déontologie

Code de déontologie OIIQ, article 14, 2014 et OIIAQ

**On ne peut :**

- Falsifier
- Inventer, fabriquer
- Inscrire des faussetés
- Omettre d'inscrire des informations essentielles



## La qualité du contenu

- Donne de la crédibilité
- Reflète la compétence et le jugement clinique
- Notes pauvres et non pertinentes = soins pauvres
- Reflète une pratique de qualité
- Richesse des notes = meilleure défense lors d'un litige

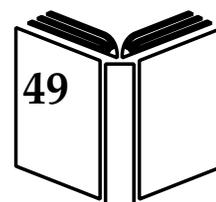
## Qualités des notes d'évolution

- **Pertinence** (Exigences OIIQ)
- **Factuelles/ exactes** (Exigences OIIQ)
  - Véridiques
- **Complètes** (Exigences OIIQ)
  - Concises
  - Lisibles
  - Chronologiques
- **Précises/organisation** (Exigences OIIQ)
  - Sans erreur de syntaxe et fautes d'orthographe

# Pertinente = relatif au patient

## Les réactions de la personne

### Présence et implication de l'entourage



### Pertinent ou non ?

- Visiteurs au chevet
- Elle ne reconnaît pas son fils
- Calme entre 20h et 22h alors que sa fille est présente
- Va bien ou rien de particulier
- Mange bien
- Alerte, attentif, absence de nouveau symptôme
- Présente des signes de dysphagie : .....

## Présence et implication des proches, des exemples



### Implication d'un proche auprès d'une personne en fin de vie

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-03-01	Soins de bouche fait q 30 minutes par sa fille Denyse entre 6h et 11h. .... <i>Céline Gariepy inf.</i>

### Rencontre de révision de la médication avec le mandataire d'une personne inapte

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-03-01	10h30 Présente des symptômes pouvant être reliés à la prise d'Aricept : insomnie, fatigue, périodes d'agitation. Fils Jacques informé des risques et des effets thérapeutiques de cette médication. Fils prendra un rendez-vous en clinique privée pour faire réviser la médication. <i>Jeanne Tremblay inf.</i>

### Renseignements rapportés par un proche

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-14	9h Rappelle que sa mère à l'air confuse, elle aurait de la difficulté à suivre les conversations et dit souvent « hein ? » depuis 2 semaines. Ferait mine d'avoir compris mais se fâche car n'a pas retenu les informations. Résultat positif au test du chuchotement pour l'oreille droite. Examen avec otoscope : bouchon de cérumen à l'oreille droite. .... Lavage d'oreille effectué.

Le résultat et le suivi ainsi que la signature et titre font aussi partie de la note.

## Mise en situation

M. Dumas, 75 ans, tumeur cérébrale. Il est en phase terminale. Sa conjointe et sa soeur le visitent chaque jour. Elles se font difficilement à l'idée que sa mort est prochaine.

L'infirmière écrit dans ses notes: « Conjointe pleure +++, dit qu'il n'y a que des mauvaises nouvelles et qu'elle a peur. Famille pose +++ des questions sur l'état du patient, découragée. Écoute active faite et réponse à leurs questions. »

Cette note aide-t-elle à comprendre la réaction de M. Dumas face à sa propre situation?

## Pertinente = indique l'état de santé actuel

- Reflète ce que j'observe de son état de santé actuel
- En rapport avec le diagnostic médical
- Le PTI peut être une source d'inspiration

Exemple 1: 15h Douleur diffuse à 9/10 augmentée lors de la mobilisation. Serre les poings, s'agrippe aux draps, gémit.

Exemple 2: 10h Troisième jour sans selle. Absence d'agitation.

Exemple 3: 8h TA 190/90. Asymptomatique.

## Pertinente = informe des soins effectués

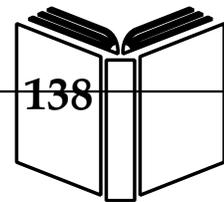
Exemple 1 (suite) : 15h10 Morphine administrée. Musique douce.

Fais ici référence au concept de douleur totale. La molécule médicamenteuse n'est efficace que contre la composante biologique. Vous démontrerez la qualité des soins en indiquant au moins une intervention pertinente en plus de l'administration du PRN.

Exemple 2 (suite): 10h30 Auscultation abdominale entre 12 et 18 bruits/minute. Pas de douleur à la palpation profonde.

Les interventions non médicamenteuses seraient ensuite ajoutées.

## Pertinente = rapporte les réactions du patient



**Exemple de note** pour du Dilaudid sous-cutanée en PRN (Pic d'action 30 - 90 minutes, durée d'action 240 minutes)

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-04	23h20 Analgésique reçu. Degré de sédation 1. Respiration 16/min. Régulière. Amplitude normale. Saturation 98%.
2019-12-05	01h30 Degré de sédation S. Respiration 15/min. Régulière, amplitude normale. Absence de ronflements. Saturation 97%.

Cette note est précédée de l'évaluation de la douleur et des interventions non pharmacologiques. Elle sera suivie des notes de surveillance subséquente.

N.B : Le détail de l'analgésique administré n'est pas noté dans cette note, car le DILAUDID a été signé sur la feuille d'administration des médicaments (FADM) et le détail du produit, sa concentration, la quantité administrée et la voie d'administration y sont clairement mentionnés.

## Pertinente

★ Apporte des éléments **nouveaux, des signes de détérioration et d'amélioration.**

## Mise en situation

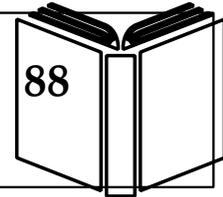
Client en phase terminale d'un cancer

Note : «Fille dit ne pas être d'accord avec le fait d'enlever l'O<sub>2</sub>, mais doit se plier à la décision»



Cette note est-elle pertinente?

## Étude de cas



**Situation** : Client âgé de 75 ans, aux soins intensifs depuis 12 heures, post-op chirurgie cardiaque.

Agité toute la nuit. Surveillance attentivement un infirmier arrivé depuis 7h30. Raconte à ses proches que cet infirmier est dangereux, qu'il est sûrement drogué, le suit constamment du regard. Regard suspicieux. 8h Montre une plaque de peinture émaillée sur la porte et demande pourquoi le sang n'a pas été nettoyé. Sursaute fréquemment. Regard fuyant, difficulté à suivre la conversation.

- 1. Souligner les éléments pertinents à inscrire au dossier.**
- 2. Quels sont les termes à utiliser ?**

M.Simard

- Description de l'agitation. Des exemples : agitation physique, sonne 10 fois entre 1h30 et 6h. Bouge constamment et soliloque entre 2h et 4h30, etc.
- Hyperalerte
- Inattentif, hypervigilant
- Idées délirantes
- Illusion

## Factuelle/exacte ne doit contenir que des faits



Un fait : *“ce qui arrive, une action, un évènement, la manière dont celui-ci s’est passé; c’est une chose avérée, la vérité certaine.”*Petit Larousse Illustré 2012

Une note doit contenir des faits nouveaux fondés sur des données OBJECTIVES et SUBJECTIVES.

Une observation est :

- ✓ Un évènement qui s’est produit
- ✓ Un phénomène observable, mesurable, quantifiable
- ✓ Un fait nouveau

## Vérifier votre sens de l’observation



## Cochez les faits concernant la photo

- a) Cette dame est en hébergement
- b) Cette dame est âgée
- c) L'endroit est calme
- d) Cette dame est à risque de chute
- e) Elle porte une culotte d'incontinence
- f) Elle s'ennuie
- g) Ses vêtements sont propres

Attention de ne pas inscrire de jugement et d'interprétation

S'agit-il d'un appartement insalubre ?



## Attention de ne pas inscrire de jugement et d'interprétation

S'agit-il d'un appartement encombré ?



## Subjectives ou objectives?

### Données objectives

■ Recueillies par les **sens** ou à l'aide d'**instruments de mesure**

### Données subjectives

■ Décrites par le client, ce qu'il vous dit

Idéalement, les données subjectives seront soutenues par des données objectives

Exemple : *Dit voir flou. Se tient au mur au retour de la salle de bain. Cherche à tâtons sa cuillère dans son plateau.*

Exemple : *Se plaint de dyspnée à 8/10. Respiration 28/min. Râles 1/3 sur l'échelle Victoria.*

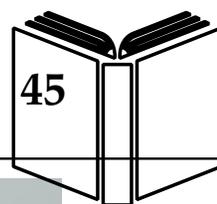
# Test

## données objectives ou subjectives

Écrire **O** pour objectif / **S** pour subjectif /  
**X** s'il ne s'agit pas d'une donnée à inscrire

Wheezing	
Lésions de grattage	
Prurit	
Battement des ailes du nez	
Confus	
Diaphorèse	
Sensation de faiblesse	
Dyspnée	
Respiration 25/ minute, râles 3 sur échelle Victoria	
Inattentif, léthargique, désorienté temps et espace.	

### Comment décrivez-vous ?



**Semble anxieux ?**

# Complète



## Une note complète contient :

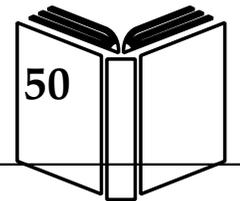
- Condition clinique de la personne
- Soins prodigués
- Résultats

### Exemple de note concernant un changement dans l'état de la personne

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-25	8h20 Présente une voix rauque après le repas, se racle la gorge à plusieurs reprises.
	Resp. 20/min. régulière, superficielle, type thoracique. TA 140/85, pouls 68/min. irrégulier. Sat. 95 %
	AUSCULTATION : MVN à tous les sites en face antérieure et postérieure.
	Test de la gorgée débuté : Saturation diminue à 92 % après la 1 <sup>re</sup> gorgée, test cessé.
	AUSCULTATION post test : Crépitants au lobe moyen. MVN LID et LIG.
	9h00 Dr Frigon avisé de mon impression clinique de dysphagie. PTI modifié. <i>Madeline Pierre inf.</i>

N.B. Cette note devra aussi contenir les résultats et la signature. Des interventions et éléments de surveillance et d'évaluation sont ajoutés au PTI.

# PRÉCISE



- Rapporte un fait, une donnée observable ou mesurable
- Ne contient pas d'élément superflu
- N'est pas interprétable
- S'abstenir d'utiliser des généralités interprétables comme: bien, peu, beaucoup, très, grand, petit, abondant

### Exemple de note

contenant des faits objectifs

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-25	5h Haleine éthylique, démarche chancelante et manque de coordination. ....

Inscrire « ivre » sans avoir mesuré le taux d'alcoolémie est un jugement.

## PRÉCISE

Que pensez-vous de :

Vomissement ~~abondant~~ 👎 Type de vomissement, pas de mesure précise = on ne parle pas de quantité

Sécrétions verdâtres ~~peu abondantes~~ 👎

Mange bien 👎 quantités précises ou encore décrire le niveau d'autonomie ou les goûts alimentaires

Selles brunes ~~abondantes~~ 👎

## Précis ou imprécis ?

~~Confus~~ 👎

À remplacer par :

### Précisions sur l'état mental

- État de conscience (niveaux d'état de conscience )
- Orientation (temps et espace)
- Mémoire
- Attention
- Comportement (arrêt ou nouveau)

## Précis ou imprécis ?

~~Semble~~ 🙅

~~Paraît être ou à l'air de~~  
N'est JAMAIS acceptable

**À remplacer par des faits.**

**Exemple : Respiration régulière entre 14 et 16/  
min. à chaque tournée q h entre 23h et 5h.**

## Plus de précision

**Ces extraits réels de notes sont imprécis. Remplacer par :**

Vomissement abondant \_\_\_\_\_

Sécrétions verdâtres abondantes \_\_\_\_\_

Bonne alimentation \_\_\_\_\_

Agitation \_\_\_\_\_

Wheezing +++ \_\_\_\_\_

Très dyspnéique \_\_\_\_\_

Sonde draine bien \_\_\_\_\_

Repose à ma tournée \_\_\_\_\_

## Éviter tout ce qui peut conduire à des erreurs d'interprétation

- Citer le client textuellement « »
- Il est acceptable de reprendre dans nos mots les propos dits par le client : **Rapporte que** ou **Dit que**
- N'utilisez pas des termes vagues: *respiration normale, collabore bien, écoulement abondant, peu, très agité, confus, déprimé, mange bien*
- N'utilisez pas des formulations stéréotypées. Les informations pertinentes doivent être spécifiques pour chaque client.

## Abréviations

- Certaines abréviations sont dangereuses et ne doivent pas être utilisées : voir document ISMP
- Avoir un consensus dans l'établissement
- Ne pas en inventer
- Éviter la confusion
- Jamais de « mode texto »

Abréviations interdites	À utiliser
u	Unité
IU	Unité
Noms de médicaments	Sulfate de morphine $MSO_4$ Sulfate de magnésium $MgSO_4$
OS,OD,OU	Oeil gauche, droit, ou les deux yeux
cc	ml
< >	Plus petit que Plus grand que

Extrait de ISMP 2006

# Éviter les répétitions inutiles

- On ne répète pas dans les notes ce qui est inscrit ailleurs dans le dossier.

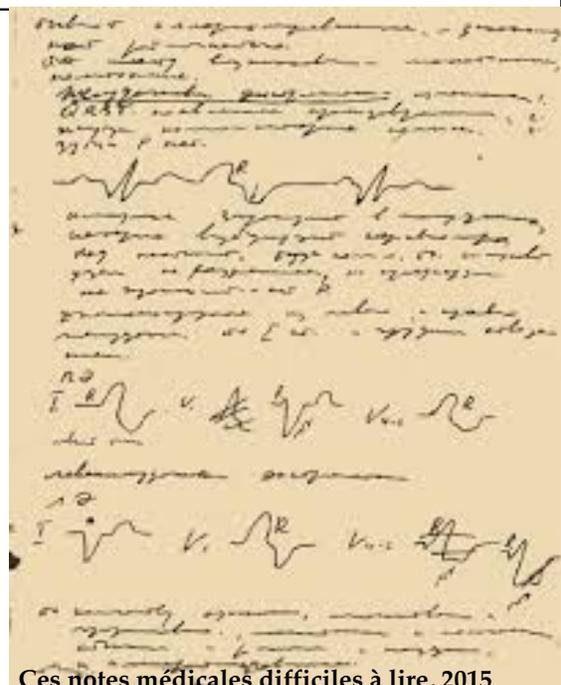
**Que pensez-vous de :** S.V. sur feuille spéciale

## Exemples:

1. 19 h 50 Reçoit analgésique (le détail du médicament administré a déjà été signé sur la FADM)
2. Si les S.V. sont pris régulièrement: Entre 10h et 15h Pouls varie entre 70 et 100/min, irrégulier. P.A. se maintient entre 124/84 et 140/90.
3. Si les valeurs varient très peu: S.V. pris q.h., stables

# Lisible

- Peut mener à la radiation
- Illisible lorsque deux intervenants ne peuvent lire et comprendre



Ces notes médicales difficiles à lire, 2015

# Chronologique

## Le temps

Démontre le suivi d'une situation clinique

Si un élément doit être noté et que la chronologie n'est plus respectée, inscrire sur la prochaine ligne libre. Il ne s'agit pas d'une note tardive lorsqu'inscrite à l'intérieur du même quart de travail.

\* Particularité pour les notes informatisées.

# Consignes de rédaction

1. Identification
2. Date et heure
3. La note tardive
4. La correction d'erreur
5. Signature et titre
6. Stylo à encre bleue ou noire

## 2. Date et heure

- Année-mois-jour 2020-11-10
- Heure en mode numérique 3:15, 15:15, 10:00, 10:05
- Selon OLF en mode alphanumérique 3 h 15 ou 3 h 15, 10 h, 10 h 05 0 h (minuit), 15 h 15, 16h50, 23h05
- Les notes s'inscrivent au présent ou au passé, jamais au futur.  
«Sera vu par » est inacceptable. Écrire plutôt: «*Dr. Beaumont, avisé du changement de l'état mental et de la présence de crépitants au LID. Dit qu'elle passera d'ici 18h.*»
- Les notes doivent être rédigées de façon ponctuelle.

## 3. La note tardive Une mesure exceptionnelle

Lorsque la note n'a pu être inscrite durant le quart de travail

### Ne pas rédiger une note tardive:

- Si le but est de clarifier les soins ou événements suite à un préjudice
- S'il s'agit d'une feuille de dossier recopiée
- Suite à un événement où la crédibilité de l'infirmière est mise en doute

### **Inscrire :**

**1- Note tardive**

**2- Date de rédaction de la note tardive**

**3- Date et heure de l'évènement relaté**

**4- Motif à l'origine du retard**

2020-11-02 8 h 30 Note tardive pour le 2019-02-01 à 15:45 alors que le dossier était introuvable.....

# Correction d'erreur

**Une obligation déontologique : aucune information ne doit disparaître sous quelle que forme que ce soit**

- Ne pas faire de rature
- Ne pas utiliser de liquide correcteur
- Ne pas corriger des fautes d'orthographe sauf si elles peuvent mener à un mauvais suivi

## **Procédure de correction:**

- Tirer un trait sur l'erreur **ou** la placer entre parenthèses **ou** faire les deux. On doit toujours être en mesure de lire la note d'origine.
- Préciser le type d'erreur (fausse note ou erreur de dossier)
- Initialiser et inscrire la date si elle diffère de l'écriture à corriger

# Correction d'erreur



Quelques exemples d'erreurs à corriger :

### Exemple 1 : erreur constatée au moment de l'écriture

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-25	9h15 Plaie (lésion de tissus profond au talon droit) Stade 1 au talon droit. PTI ajusté. <i>Maxim Gauthier inf.</i>

### Exemple 2 : erreur constatée le lendemain de son écriture

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-26	9h15 Plaie <sup>Fausse note S.P. 2019-11-26</sup> au talon droit. Infirmière avisée. <i>Suzie Perron inf. aux.</i>
	8h Remplace la note corrigée le 2019-11-25 à 9h15 Plaie talon gauche. <i>Suzie Perron inf. aux.</i>

### Exemple 3 : correction d'un mot inscrit de façon illisible

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-26	7h50 Présente signes de delirium. Examen clinique complète.
	10h05 Message laissé à Dr Côté l'avisant de la présence de crepitations aux (lbe) <sup>S.P.</sup> lobe inférieur droit.
	PTI ajusté. <i>Suzie Perron inf.</i>

### Exemple 4 : erreur de dossier constatée le lendemain de son écriture

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-25	Erreur de dossier C.G. 2019-11-26 (14h Qualifie douleur abd. 3/10, confortable, se change les idées avec l'écoute de la musique.) <i>Chantal Guimont inf.</i>

# Trouver l'erreur !

2020-12-03 14h Sonde urinaire changée par l'infirmière. Antibiotique débuté tel que prescrit. Patiente sera évaluée par infirmière demain.

\_\_\_\_\_ Marianne Truchon inf.aux.

## Mes notes

Faites un ✓ dans la colonne de droite si vous inscrivez parfois ces expressions dans vos notes au dossier.

Patient confus et agité	
Agressif	
Semble être anxieux	
Visiteurs à son chevet	
Circule dans le corridor de façon autonome	
Dyspnéique, respiration 26/minute, râles bronchiques importants	
Selles diarrhéiques abondantes	
Cloche d'appel à sa portée	
Repose au lit à mon arrivée	
Appartement insalubre	
Sera vu par Dr Croteau lors de la visite médicale	
Écoulement purulent ++	
Accaparant +++	
1 gtte instillée A.U.	
Va bien ou stable	

## 5. Signature et titre

- C'est la personne ayant fait les observations ou donné le soin qui complète la note. La signature engage la responsabilité professionnelle.

Infirmière praticienne spécialisée, selon spécialité	IPSP, IPSSA, IPSSP, IPSNN ou IPSSM
Infirmière	inf. ou infirmière
Externe en soins infirmiers	externe inf.
Candidate à l'exercice de la profession infirmière	étudiante inf. CEPI
Infirmière auxiliaire	inf.aux.
étudiante infirmière auxiliaire	étudiante inf.aux.
Candidate à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire	CEPIA suivi du nom en lettres moulées
Personne admissible par équivalence	p.a.é. inf.aux.
Inhalothérapeute	inh. Ou R.R.T.

## Signature

- Lorsque notre collègue a oublié de signer, on peut écrire :  
*2019-04-12 23 h 30 Absence de signature de Julie Renaud inf.aux./N.Durand inf.*
- Particularités lors d'un **code** ou situation d'urgence
- Si l'infirmière n'a pas constaté personnellement une problématique pertinente, indiquer qui nous a fourni les faits.

# Évaluer un nouveau symptôme

## Examen clinique

### 1- ANAMNÈSE

P : Provoqué, pallié

Q: Quantité / impact fonctionnel

R: Région

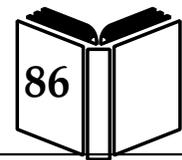
S: Signes et symptômes associés

T: Temps

U: Understand / cause selon le client

### 2- EXAMEN PHYSIQUE

## Noter un nouveau symptôme



Exemple de note portant sur l'anamnèse, l'examen physique et les interventions.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-28	8h10 Examen clinique pulmonaire en situation aiguë.
	Malaise dominant : Essoufflement.
	<u>Anamnèse</u>
	P : Provoqué : Ne sait pas. Pallié : se repose, mange seulement de très petits repas.
	Q : Sensation d'oppression, incapable de prendre insp. profonde, 7/10.
	Impact fonctionnel présent : ne fait plus aucun AVD depuis hier.
	R : N/A
	S : Toux sèche occasionnelle depuis 2 jours. Grande fatigue. Perte d'appétit.
	T : Constant depuis 3 jours.
	U : Ne sais pas.
	<u>Examen physique</u>
	INSPECTION : Attentive, alerte. Retour capillaire 1 sec. Sat.96 %, S.V. dans ses moyennes.
	FR : 24/ min, rég, thoracique, superficielle, retour capillaire normal, saturation 96% air ambiant, aucun tirage, ni expectoration, ni cyanose durant l'examen mais présence de toux sèche pendant l'examen.
	AUSCULTATION : BB : N, face antérieure et postérieure LID : crépitants et tous les autres lobes MVN.
	8h25 Interventions : Dr Dumas avisé. PTI modifié.
	..... Marthe Pierre-Louis inf.

N.B. L'utilisation du formulaire Examen clinique remplacerait cette note

# Provenant d'un tiers

(parent, conjoint, ami, voisin, etc.)

Lorsque les renseignements proviennent d'un tiers et sont importants pour le suivi ou pour la protection du client;

Lorsque la confidentialité de ce renseignement doit être protégée, par exemple dans des cas suspectés d'abus, de maltraitance, de risque

**Exemple de note contenant des renseignements provenant d'un tiers**

Situation de soins à domicile

NOTES D'ÉVOLUTION	
Nom de l'établissement : CLSC du Cap	Guay, Clemence
<i>NOTE DE TIERS</i>	
DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-02	9h Appel téléphonique de Sylvianne Côté, voisine. Confie être inquiète d'abus concernant Clemence Guay.
	Le fils visiterait le 1 <sup>er</sup> du mois et elle entend des menaces de coups s'il ne reçoit pas le chèque signé.
	Dit avoir tenté d'en parler avec Mme Guay et que celle-ci aurait nié toute problématique.
	..... <i>Carole Baribeau inf.</i>
La note d'évolution régulière démontrera les interventions de dépistage réalisées auprès de Mme Guay.	

## Jérôme

**Vous travaillez en clinique externe.**

**La mère d'un patient vous appelle car elle est très inquiète. Son fils, Jérôme 28 ans suivi à votre centre, parle tout seul. Il aurait dit : ils veulent m'empoisonner , je ne me laisserai pas faire, je leur réserve un bon tour.**

**Devez-vous noter cette situation ?**

# Une plainte



Deux éléments doivent être notés :

1. L'accompagnement fait pour aider la personne à formuler sa plainte
2. Les démarches entreprises par la personne

## Exemple de note concernant une plainte

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-25	8h30 Informe vouloir faire une plainte. Formulaire remis et informations fournies. Dit être apte à remplir seul le formulaire. Dit comprendre le processus..... <i>Marilyne Côté-Beaubré inf.</i>

# Demande de correction réclamée par le patient



- Seuls des faits inexacts, incomplets ou prêtants à interprétation peuvent être corrigés.
- Les hypothèses professionnelles ou autres éléments relevant du jugement clinique ne peuvent faire l'objet d'une demande de correction par le patient.

Une note claire, concise, précise et fondée sur des faits observés et mesurés, permet d'éviter ces demandes de correction.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-25	10h00 <sup>Fausse note N.T.</sup> <del>Semb</del> le dépressif et anxieux. .... <i>Nicole Turbide. inf.</i>
	10h30 Fausse note corrigée à la demande du client. Dit être seulement fatigué et avoir passé une mauvaise nuit. .... <i>Nicole Turbide. inf.</i>

La note initiale est inadéquate, ne contient pas de faits, mais un jugement interprétable.



## « J'ai entendu »

- Une infirmière auxiliaire d'une agence privée, remplace aujourd'hui.
- Elle vous dit avoir entendu une conversation entre la résidente et sa fille. Giselle, la fille de Mme Patry, lui demandait avec beaucoup d'insistance de lui fournir un chèque pour couvrir tous les frais. Il était question des visites au CHSLD, de la perte de journées de travail pour effectuer ses visites, des frais de pharmacie, etc.
- Lorsque vous vérifiez la situation auprès de Mme Patry, elle vous dit que tout va très bien. Elle est nerveuse, le visage pâle.
- Devez-vous noter cette situation ?

## Protocole d'urgence

Mme Précilia Labonté, 37 ans, infirmière, vivait avec son conjoint et un enfant de 4 ans. Depuis 3 jours, elle est hospitalisée sur l'unité de médecine en soins palliatifs. Elle est atteinte d'un cancer du col avec métastases aux ganglions. Elle a très peu de périodes d'éveil. Ses parents et beaux-parents sont présents chaque jour.

Dès que Mme Labonté bouge ou respire plus rapidement ils vous ordonnent d'administrer une entredose de morphine ou un protocole de détresse respiratoire.

Présentement, sa fréquence respiratoire est de 22/minute, râles 2 sur l'échelle Victoria, elle semble dormir. Son père vous ordonne de donner le protocole.

Que devrait-on retrouver dans la note ?

## « Elle en fait moins qu'à l'habitude »

Âgée de 83 ans, Mme Duval est atteinte d'un TNCM de type Alzheimer.

Elle est plus léthargique depuis ce matin, le PAB vous rapporte qu'elle n'a pas participé comme à l'habitude à ses soins d'hygiène et habillage. Elle ne démontrait aucun intérêt lors de l'activité chorale.

- Est-ce qu'une note est nécessaire tout de suite ?
- Si oui, que devrait-elle contenir ?

## Post-chute

M. Côté est retrouvé au sol entre son lit et la salle de bain. Il est conscient. Il dit avoir eu un étourdissement et une perte d'équilibre. Ne croit pas s'être cogné la tête. Ne ressent pas de douleur. Présence de sang sur la manche de sa chemise.

- Quels sont les documents à compléter ?
- Quels sont les éléments à évaluer ?
- Que devrait contenir la note ?

# Post-chute

Si le formulaire post-chute n'est pas disponible, la note doit comprendre les éléments d'évaluation suivants :

- État mental ( Capacité d'attention et niveau d'état de conscience )
- Signes vitaux
- Douleur, localisation, intensité
- Alignement des membres, présence de déformation des membres
- La mobilité des membres ( réponse motrice )
- Lacération ou hématome
- La présence ou l'absence de tout symptôme avant la chute ( étourdissements, douleur, vertiges, nausées )
- La description que fait l'usager de sa chute

Dans 30 % des chutes, un **impact crânien** survient. Il ne doit jamais être négligé. Même s'il s'agit d'une simple présomption, toute possibilité d'un traumatisme crânien doit être notée. Les éléments suivants doivent être ajoutés à la note.

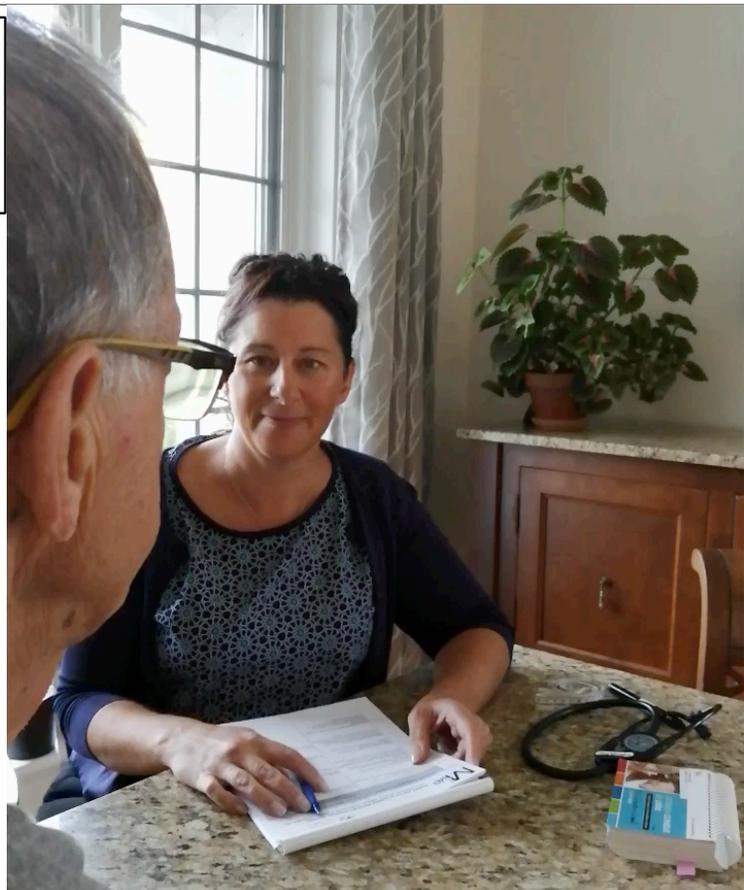
- Les signes neurologiques ( réflexe pupillaire, écoulement de sang ou liquide clair à l'oreille )
- Douleur à la tête
- Nausées ou vomissements

**Dans tous les cas de chute chez une personne de 65 ans et plus, on doit obligatoirement noter les éléments suivants :**

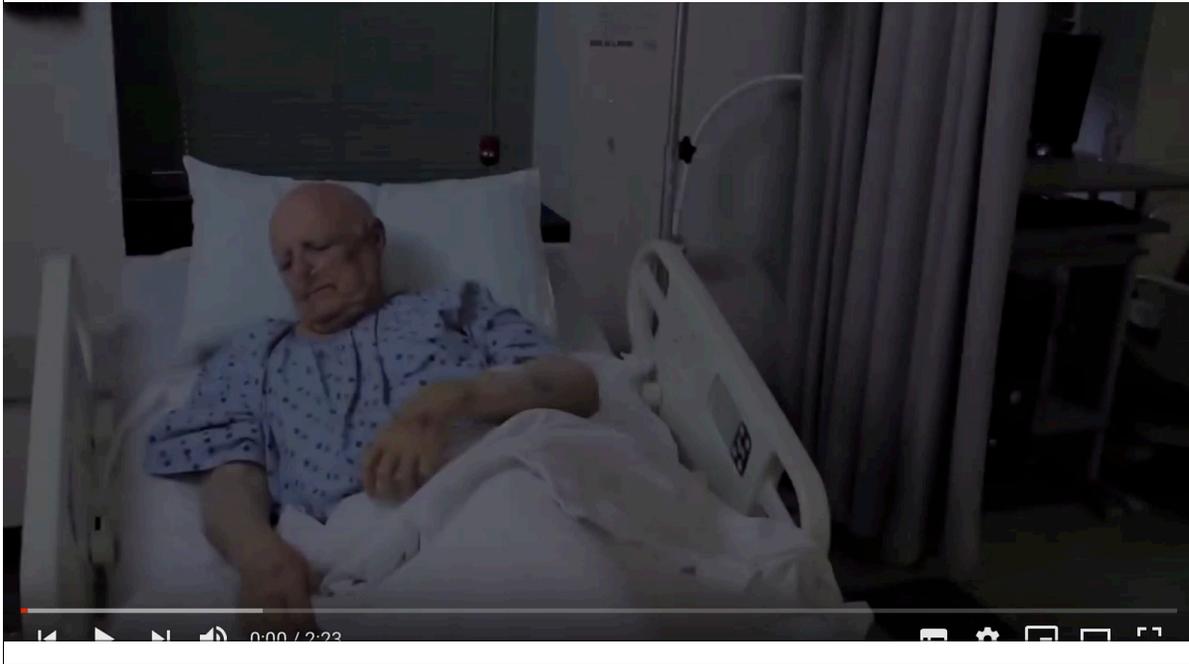
- **Signes gériatriques atypiques** ( perte d' autonomie, changement d'état mental ou de comportement depuis moins d'une semaine ).

## M. Tremblay, perte de poids

- Regardons la scène (inf.aux. à domicile)
- Noter les éléments à écrire dans la note d'évolution :



## Étude de cas #2



## Étude de cas #3

- Noter les éléments à écrire dans la note d'évolution :



## Étude de cas #4

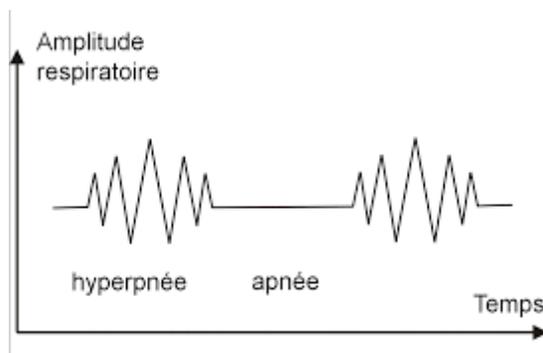
- 
- 



## Étude de cas #5

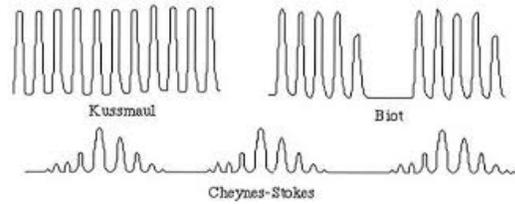


- Regardons la scène
- Noter le type de respiration :



## Étude de cas #6

- Regardons la scène
- Noter le type de respiration :



## Étude de cas #7

- Regardons la scène (client âgé décrivant sa douleur)



## Étude de cas M.Chicoine

### **M.Chicoine présente des rôles importants.**

Que doit contenir votre évaluation, et donc votre documentation :

- Évaluation quantitative :
- Évaluation qualitative :

Que doit inclure votre intervention, et donc votre documentation :

- Pharmacologique
- non-pharmacologique

Comment notez-vous ceci ?



Comment notez-vous ceci ?



Comment notez-vous ceci ?



## Étude de cas M.Huot

M.Huot est atteint de MPOC , il est en fin de vie. Une prescription de protocole de détresse respiratoire est à son dossier.

Sa fille sonne, car M. présente une respiration rapide (24 respirations/minute) et des râles (3 sur l'échelle Victoria). Il est à l'agonie, inconscient. Elle vous demande d'administrer un protocole, car elle ne veut pas voir son père souffrir ainsi.

- Vous intervenez. Composez une note (les mots clés, essentiels, pour cette situation):

- Conclusion
- Que retenez-vous ? 3 Mots
- Test final
- MERCI de compléter l'évaluation de la satisfaction (lien reçu par courriel)

**Merci!**