

ATTENTION

Tout enregistrement, captation d'image ou reproduction de cette formation, en totalité ou en partie, sont strictement interdits.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

1

Documenter les résultats de l'évaluation clinique **(contribution à l'évaluation)**

Mireille Guillemette
inf.B.éd. et autrice



2

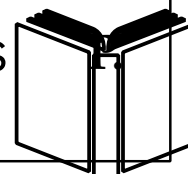
Objectif général : Rédiger des notes d'évolution de qualité et sans équivoque témoignant de l'excellence des soins prodigués et du suivi clinique.

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

- Écrire les éléments de la démarche clinique.
- Écrire moins et communiquer plus d'informations pertinentes.
- Utiliser le vocabulaire scientifique dans la documentation légale.
- Écrire des notes qui reflètent le champ d'exercice et les activités réservées.
- Écrire des notes conformes aux exigences déontologiques.
- Noter les résultats de l'examen clinique et les renseignements importants lors de situations particulières.
- Documenter de façon précise et complète l'évaluation de la condition mentale.

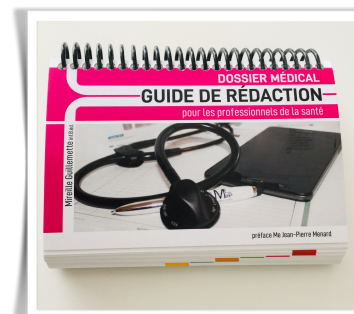
3

Déclaration de conflit d'intérêts



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

disponible sur <https://mireformations.com/>



2. Autrice : *Guide de rédaction des notes au dossier, version électronique OIIAQ, 2019*

4

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.

5

Test d'introduction ✓X

1. Il peut être adéquat pour l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire de documenter un soin d'hygiène.
2. Le terme confus est un terme précis faisant partie du vocabulaire scientifique, il peut donc être utilisé dans les notes au dossier.
3. Le terme « semble dormir » est un terme précis, il peut donc être utilisé dans les notes au dossier .
4. Lorsque vous devez inscrire une note d'évolution et que l'état du patient est stable est-il acceptable d'écrire « pas de particularité » ou « rien de spécial »?
5. La note de tiers est une note réservée aux travailleurs sociaux.
6. La signature doit être lisible.
7. Une inhalothérapeute doit contresigner les notes des étudiants en stage.
8. Une infirmière ne doit pas contresigner les notes des étudiants en stage.
9. Le contenu du dossier médical appartient à la personne concernée (le patient).
10. Nommer 3 activités réservées à votre profession :

6

Mes notes

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

Patient confus et agité		8h00 Prise en charge	
Eupnéique à mon arrivée		21/10/2023	
Semble être anxieux		Somnolent	
3 jours sans selles, protocole débuté comme prescrit		Accaparant +++	
Respiration 26/minute, râles bronchiques importants		Collabore bien	
Selles diarrhéiques abondantes		1 gtte instillée A.U.	
Nerveux, sursaute constamment		Va bien ou stable	
Au lit à mon arrivée.		Agressif	
Aucune plainte formulée		B1-B2 audible	
SV sur feuille spéciale		Dyspnéique	

Faites votre total /20

La loi et le dossier médical

- **Documentation des soins infirmiers, Norme d'exercice OIIQ 2023**
- **La tenue de dossier, OPIQ Cadre de référence, 2020**
- 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 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
- Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des externes en inhalothérapie, Légis Québec
- Commission d'accès à l'information du Québec



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
- Inhalothérapeute : 8 activités réservées

9

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

1. Respiration Cheyne-Stokes, périodes d'apnée de 20 secondes.
2. Sécrétions verdâtres abondantes.
3. Se sent anxieuse, Ativan donné comme prescrit.
4. Impression clinique de délirium (ou présente signes et symptômes de délirium).
5. Alerté, attentif, orienté temps et espace.
6. Sonde draine bien.

10

Évolution de la pratique

« La documentation des soins infirmiers permet de faire état, notamment, de l'évaluation clinique, des interventions, de la surveillance et du suivi effectués par l'infirmière. Elle est le reflet de la démarche clinique rigoureuse de cette dernière.» Documentation des soins infirmiers, Norme d'exercice OIIQ 2023

Exemple 2002
Suivi Délirium

2002	14:00 Va bien, aucune plainte formulée. Dr.Côté avisé. -----
	----- ----- Mireille Guillemette inf.

Exemple 2023

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT CEGEP La Reussite

DATE	NOTES ET SIGNATURES
<small>Année</small> 2023-12-06	14h00 Examen clinique en situation de suivi délirium
	Anamnèse
	Rapporte : problème de mémoire. Se dit anxieux face à son problème de mémoire
	Ne rapporte pas de problème de sommeil, de trouble de l'attention, de désorganisation de la pensée, de trouble de perception, d'agitation.
	INSPECTION
	Alerte, attentif lors de l'entrevue. Score du 4AT : 0 Délirium peu probable mais encore possible
	Interventions
	PTI maintenu. Moyens de gestion du stress explorés. Suivi prévu dans 2 semaines.
	----- ----- Mireille Guillemette inf.

11

DOCUMENTATION DES SOINS INFIRMIERS Norme d'exercice, OIIQ, 2023

Principe 1

L'infirmière doit consigner les éléments de sa démarche clinique, y compris un plan thérapeutique infirmier⁴ lorsque requis, et toutes autres informations pertinentes selon l'état de santé du client.

Principe 2

L'infirmière doit consigner de l'information de manière à assurer la continuité des soins et des traitements.

Principe 3

L'infirmière doit consigner de l'information de manière à permettre son identification.

Principe 4

L'infirmière doit s'assurer de l'intégrité et de la pérennité de l'information qu'elle consigne.

La démarche clinique

1- **Évaluer** l'état de santé physique et mentale / contribuer à l'évaluation

2 - Écrire les **interventions** / soins et traitements effectués / enseignement

3 - Écrire de façon concise et organisée pour communiquer efficacement et permettre la continuité des soins

13

L'EXAMEN CLINIQUE situation aiguë

Comprends

1- l'anamnèse

(Histoire de santé avec le **PQRSTU** portant sur le malaise dominant, un nouveau symptôme)



2- l'examen physique

(INSPECTION, AUSCULTATION, PALPATION)



14

L'EXAMEN CLINIQUE

situation du suivi

Comprends

1- l'anamnèse

Un standard de suivi (dépression, délirium, dysphagie, MPOC, etc.)

2- l'examen physique

(INSPECTION, AUSCULTATION, PALPATION)



15

Examen physique en situation complexe			
			8 9
INSPECTION	<input type="checkbox"/> État mental <input type="checkbox"/> Symétrie de l'abdomen <input type="checkbox"/> Ecchymose (signe de Cullen ou de Grey-Turner)	<input type="checkbox"/> État mental <input type="checkbox"/> Respiration (type, fréquence, rythme, amplitude) <input type="checkbox"/> Coloration de la peau <input type="checkbox"/> Retour capillaire <input type="checkbox"/> S.V. et Saturation <input type="checkbox"/> Toux, expectoration, essoufflement <input type="checkbox"/> Poids	<input type="checkbox"/> État mental <input type="checkbox"/> Respiration (type, fréquence, rythme, amplitude) <input type="checkbox"/> Coloration de la peau <input type="checkbox"/> Retour capillaire <input type="checkbox"/> S.V. et Saturation <input type="checkbox"/> Tirage et toux
PALPATION	<input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Profonde	<input type="checkbox"/> Température et oedeme MI <input type="checkbox"/> Remplissage capillaire	<input type="checkbox"/> Expansion du thorax (symétrique ou asymétrique) <input type="checkbox"/> Douleur thorax, masse
AUSCULTATION	<input type="checkbox"/> 4 quadrants (4-34 bruits/min.)	<input type="checkbox"/> Foyer aortique *** <input type="checkbox"/> Foyer pulmonaire <input type="checkbox"/> Foyer tricuspideen <input type="checkbox"/> Foyer mitral ***	<input type="checkbox"/> LID (MVN) <input type="checkbox"/> LIG (MVN)
Autres tests	<input type="checkbox"/> Point de McBurney <input type="checkbox"/> Signe du ressaut (4 quadrants) <input type="checkbox"/> Signe de Murphy <input type="checkbox"/> Test de l'obturateur <input type="checkbox"/> Test du muscle du psoas <input type="checkbox"/> Ébranlement rénal	<input type="checkbox"/> R.A.D.A.R. / 4At (délirium) <input type="checkbox"/> Pression veineuse jugulaire	<input type="checkbox"/> SpO2 <input type="checkbox"/> Test de la marche sur 6 minutes

16

EXAMEN CLINIQUE DU CŒUR

Date : ___ / ___ / ___

Heure : ___ : ___

Situation aiguë Situation de suivi

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Malaise dominant:	ANAMNÈSE DE DÉPART <input type="checkbox"/> Journaliste <input type="checkbox"/> Enquêteur	
Provoquer / Pallier		
Qualité / Quantité		
Région / Irradiation		
Signes / Symptômes		
Temps / Intermitence (fréquence, moment, durée)		
Understand, signification pour la personne		
EXAMEN PHYSIQUE		
Inspection		
Signes géométriques atypiques (comparer avec l'état habituel de l'athlé)		
Perte brusque d'autonomie (< 1 sem.): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Évaluation de l'état mental	
Changement brusque de l'état mental (< 1 sem.): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• Capacité d'attention: <input type="checkbox"/> Attentif <input type="checkbox"/> Non attentif	
Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement < 1 sem.): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	• État de conscience: <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Alerté <input type="checkbox"/> Léthargique (verbal) <input type="checkbox"/> Stuporeux (physique) <input type="checkbox"/> Comateux	
Coloration de la peau: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Blanchâtre <input type="checkbox"/> Grisâtre <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Cyanosée	Retour capillaire (pression de 5 s d'une extrémité entre deux doigts et retour normal en 3 s): <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminué	Jugulaires distendues: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Satrométrie (normale à 95 % et +, sauf indication contraire; risque accru d'infection si < 92 %): <input type="checkbox"/> Avec O ₂ à ___ L/min = ___ % et/ou <input type="checkbox"/> Air ambiant = ___ %	Mesure de la pression veineuse jugulaire: _____	
Signes vitaux: <input type="checkbox"/> Pouls: ___ /min <input type="checkbox"/> P.A.: ___ / ___	T°: ___ °C (fièvre si T° buccale ou rectale ≥ 37,8 °C ou si augmentation de 1,1 °C par rapport à la T° habituelle)	
Respiration: • Fréquence: ___ /min (si ≥ 25/min = signe d'infection)		
• Type: <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Abdominale		
• Amplitude: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle		
• Rythme: <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier		

12

EXAMEN CLINIQUE DU CŒUR (suite)

Suivi insuffisance cardiaque	ANAMNÈSE DE SUIVI			
	Difficulté respiratoire (y compris la nuit): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Douleur rétrosternale: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Etourdissements: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Toux (y compris la nuit): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes de digestion: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Problème de sommeil: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Problèmes d'élimination urinaire et fécale: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Fatigue: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Anxiété r/à condition cardiaque: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
INSPECTION EN SUIVI				
Toux (lors de l'examen): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Expectorations (lors de l'examen): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
• Fréquence: ___ /h		• Fréquence: ___ /h		
• Type de toux: <input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Grasse		• Coloration: _____		
Orthopnée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		• Texture: _____		
Quantification de l'essoufflement selon la classification NYHA				
<input type="checkbox"/> Classe I, aucune limitation de l'activité				
<input type="checkbox"/> Classe II, apparition lors des efforts les plus intenses et limitation modérée des activités				
<input type="checkbox"/> Classe III, apparition lors des efforts de la vie courante et limitation importante de l'activité physique				
<input type="checkbox"/> Classe IV, incapacité d'effectuer toute activité que ce soit, essoufflement au repos				
Poids: <input type="checkbox"/> Gain de ___ sur une période de 48 heures				
<input type="checkbox"/> Perte de ___ sur une période d'une semaine				
Palpation et auscultation				
Température du MIG: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Froid <input type="checkbox"/> Chaud		Température du MID: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Froid <input type="checkbox"/> Chaud		
Œdème du MIG: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, compléter ci-dessous)		Œdème du MID: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, compléter ci-dessous)		
Profondeur: ___ cm		Profondeur: ___ cm		
Circonférence: ___ cm		Circonférence: ___ cm		
Temps de résorption: ___ sec		Temps de résorption: ___ sec		
1 Foyer aortique: <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle				
2 Foyer pulmonaire: <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle				
3 Foyer tricuspide: <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle				
4 Foyer mitral: <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle <input type="checkbox"/> Bruits de galop <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4				
Frottement péricardique: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Modification du PTI: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

Signature: _____ Date: _____

Source: Philippe Voyer (2017). L'examen clinique de l'athlé, 2^e édition. Montréal, Pearson ERPI. Reproduction autorisée. www.PhilippeVoyer.org

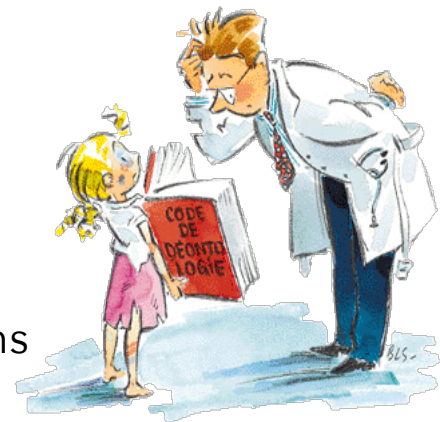
22

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



*** CONFIDENTIALITÉ et accès au dossier

Qualités :

- Complètes ✓
- Pertinentes ✓
- Précises ✓
- Utilisation du vocabulaire scientifique ✓
- Factuelles ✓
- Organisées ✓
- Fréquence adaptée ✓
- Lisibles ✓
- Encre indélébile ✓

Aide mémoire POLICE :pertinente, objective, lisible, informative, concise, explicite.OPIQ, 2020

Éviter les répétitions inutiles

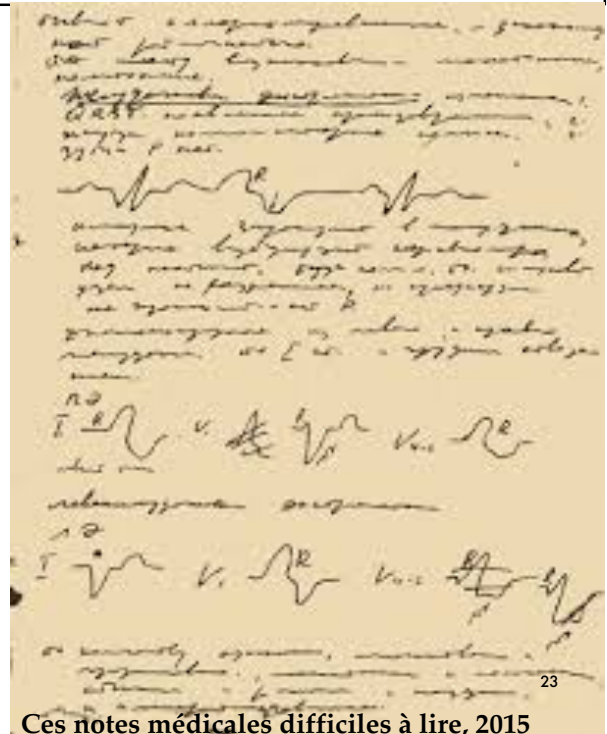
On ne répète pas dans les notes ce qui est inscrit ailleurs dans le dossier.

Exemples:

1. 19h50 Reçoit analgésique (le détail du médicament administré a déjà été signé sur la FADM)
2. Si les SV sont pris régulièrement: Entre 10h00 et 15h00. Pouls varie entre 70 et 100/min, irrégulier. TA se maintient entre 124/84 et 140/90.
3. Si les valeurs varient très peu: SV pris q.h., stables

Lisible

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



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 habituellement pas d'une note tardive lorsqu'inscrite à l'intérieur du même quart de travail.

Date et heure

■ **Date** : année-mois-jour 2023-11-22

■ **Heure**

Mode numérique 03:15, 15:15, 10:00, 10:05

Mode alphanumérique 3h15 ou 03h15, 10h,
10h05, 00h00(minuit), 15h15, 16h50, 23h05

SANS ÉQUIVOQUE

Je recommande l'utilisation de 4 chiffres pour l'inscription de l'heure . Par exemple : 10h00 au lieu de 10h

25

La note tardive Une mesure exceptionnelle

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**

2023-10-02 08h30 Note tardive pour le 2023-10-01 à 15h45 alors que le dossier était introuvable.....

26

Correction d'erreur

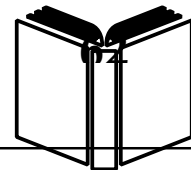
OIIQ2023 « ou encore encercler l'erreur... »

ACETAMINOPHÈNE, 325 mg / co. (Tylenol) 650 mg = 2 co. aux 4 heures. PRN si douleur ou fièvre Max : 4000 mg / jour GARDER À LA TEMP. AMBIANTE Début : 2016-10/20 14 :08 Fin : 2016-10-26 23 :59	583653004	Heure(s)	Init.	Heure(s)	Init.
	(Divers Analgésiques et antipyrétiques)	2023-10-10 En M.L.	14h00	M.G.	

Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature
M.G.	Mireille Guillemette inf.				

27

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
2019-11-25	9h15 Plaie au talon droit. Infirmière avisée. <i>Suzie Perron inf. aux.</i>
2019-11-26	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 Présenté signes de délirium. Examen clinique complète.
	10h05 Message laissé à Dr Côté l'avisant de la présence de crépitations aux (llb) 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 Qualifié douleur abd. 3/10, confortable, se change les idées avec l'écoute de la musique.) <i>Chantal Guimont inf.</i>

28

Signature lisible

- 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	IPSPL, IPSSA, IPSSP, IPSNN ou IPSSM
Infirmière	inf. ou infirmière
Étudiante infirmière	étudiante inf.
Externe en soins infirmiers	externe inf.
Candidate à l'exercice de la profession infirmière	CEPI
Personne admissible par équivalence	p.a.é.inf.
Infirmière auxiliaire	inf.aux.
étudiante infirmière auxiliaire	étudiante inf.aux.
Candidate à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire	CEPIA
Personne admissible par équivalence	p.a.é. inf.aux.
Inhalothérapeute / Externe en inhalothérapie	inh. / ext.inh

Signature

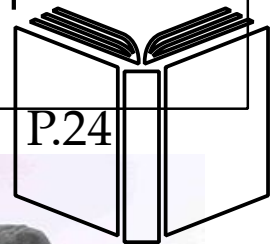
- Lorsque notre collègue a oublié de signer, on peut écrire :
2023-10-12 23 h 30 Absence de signature de Julie Renaud inf.aux./N.Durand inf.
 - Particularités lors d'un **code** ou situation d'urgence
 - Si l'infirmière n'a pas constaté personnellement une problématique pertinente, indiquer qui nous a fourni les faits.
 - Lorsque plusieurs inhalothérapeutes sont intervenues : signature de tous.
 - **Un ✓ n'est pas acceptable, car anonyme.**
 - Marie Mireille Guillemette Gagnon *
M.Guillemette inf.
Mireille Guillemette inf.
M.G-Gagnon inf.
- * La même signature, lisible, doit être utilisée tout au long de la carrière.

Trouver les erreurs !

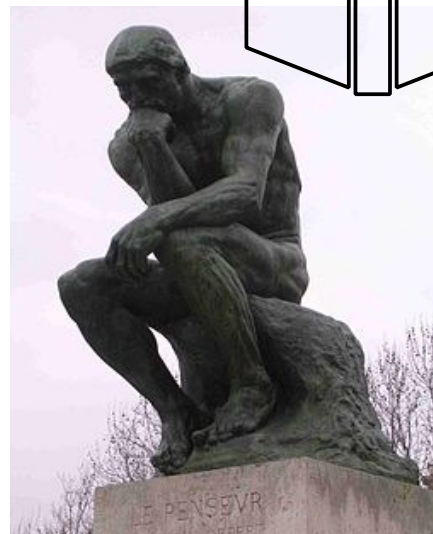
*2023/12/03 14:00h Sonde urinaire changée par l'infirmière.
Antibiotique débuté tel que prescrit. Patiente sera évaluée par
infirmière demain. Marianne Truchon inf.aux.*

31

Que pensez-vous de ce principe:



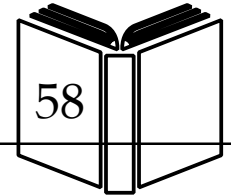
*«Ce qui est écrit est considéré
comme étant fait, et ce qui n'a pas
été écrit n'a pas été fait»*



32

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?

33

Les notes d'exception

Des données qui doivent être interprétées et documentées



SIGNES VITAUX ET SIGNES NEUROLOGIQUES (ÉCHELLE DE GLASGOW)												
Date												
Heure												
Pupille	Diamètre	Gauche										
	Réaction à la lumière	Droite										
Force motrice	Vigoureux V Normale N Modéré M Faible F Absent A	Main	Gauche									
			Droite									
	Bras	Gauche										
		Droite										
	Jambes	Gauche										
		Droite										
Échelle de coma de GLASGOW	Ouverture des yeux	Spontanée	4									
		À la parole	3									
		À la douleur	2									
		Absente	1									
	Meilleure réponse verbale	Orienté(e)	5									
		Confus(e)	4									
		Inapproprié	3									
		Incompréhensible	2									
	Meilleure réponse motrice	Aucune	1									
		Obeït aux ordres	6									
		Localise la douleur	5									
		Retrait à la douleur	4									
	TOTAL SUR 15	Décorication	3									
		Décérébration	2									
		Aucune	1									
Signes Vitaux	Tension artérielle											
	Pouls											
	Respiration											
	Température											
	Saturation O ₂											
LÉGENDE		V - VIGOUREUX		M - MODÉRÉ		F - FAIBLE		N - NORMAL		34		
		L - LENT		FX - FIXE		A - ABSENT		7 - DIFFICILE À ÉVALUER				
		Désorientation : flexion spatiale des membres supérieurs		Désorientation : flexion spatiale des membres inférieurs		Désorientation : Extension spatiale des membres supérieurs						
		SIGNES VITAUX ET SIGNES NEUROLOGIQUES (ÉCHELLE DE GLASGOW)										

Les notes d'exception

Des données qui doivent être interprétées et documentées

Vous effectuez un suivi postnatal en utilisant l'ABCdaire. Annabelle âgée de 5 jours ne présente aucun écart au niveau des paramètres. Votre note d'évolution devrait comprendre :

Document de travail

Suivi de l'enfant de moins d'une semaine

Dossier n° : _____

♂ Garçon ☐ ♀ Filles ☐ Date : _____ Âge : _____ Accompagné de : _____

Préoccupations parentales

Informations pertinentes et évolution récente

Déterminants sociaux

« Blues » du postpartum ? Voyage récent (2) ou prévu (2) (9) ?

Soutiens à la mère. Jet urinaire ♂

Adaptation de la famille au nouveau-né.

Autre : _____

Nutrition

Allaitement : nbre de boîtes/ _____ Autres suppléments/produits naturels ? _____

Vit D 400 UI/die : bébé allaité ou prématuré (200 UI/kg/j) Mictions (3-6/j) : _____

Préparation lactée pour nourrisson avec fer (13-25 oz ou 450-750 ml/j) Selles (3-2/j) ? _____

Q&A : _____ Type : _____ Régurgitations ? _____

Eau non nécessaire si allaitement exclusif Étouffement lors des boîtes ? _____

Autre : _____

Surveillance du développement (Age corrigé pour prématurés)

A une bonne succion Dépistage auditif fait ? Pleure de façon excessive ? (> 3h/jour)

Examen physique

Poids : _____	Perç : _____	Taille : _____	Perç : _____	PC : _____	Perç : _____
<input type="checkbox"/> Fontanelles, sutures	<input type="checkbox"/> Forme de la tête	<input type="checkbox"/> Océ	<input type="checkbox"/> Cou (borticolis ?)	<input type="checkbox"/> Clavicules	<input type="checkbox"/> Cœur
<input type="checkbox"/> Poux/mions	<input type="checkbox"/> Abdomen, ombilic	<input type="checkbox"/> Membres	<input type="checkbox"/> Hanches (Ortolani Barlow)	<input type="checkbox"/> Trous femoraux	<input type="checkbox"/> OIG (testicules ♂)
			<input type="checkbox"/> Région sacrale (sinus)	<input type="checkbox"/> Anus	<input type="checkbox"/> Régiments (jaunisse)

Conseils préventifs et anticipatoires

Soutien à l'allaitement Sécurité siège d'auto. 1^{er} chauffe-eau 60°C + un dispositif anti-brûlures, détecteur de fumée, espacement des barreaux du lit (<6cm, minimum, parage de lit)

Sommeil sur le dos uniquement Tabagisme passif Sommeil même chambre ad 6 mois, lits séparés 1^{er} ambulance : <18° C nuit et <20° C jour Technique d'emballage ?

Consultation précoce si fièvre (> 38°C rectal) Ne jamais secouer l'enfant Discuter vaccination Stimulation du développement (voir guide) Soins du prépuce ♂

Impression et conduite (Ne pas répéter les items communs aux 2 visites si fait à une visite précédente)

Dépistage néonatal sanguin et urinaire Dépistage auditif si non fait pour tous Visite à domicile de l'infirmière si 1^{er} enfant de mère monoparentale et/ou <19 ans et/ou milieu défavorisé

Oui : Refus

Vaccin anti-hépatite B : vérifier HBIG et 1^{er} vaccin donnés en période néonatale si bébé de mère porteuse HBVAG*[†]

Signature : _____ Prochain rendez-vous : _____ 35

* 1^{er} trimestre et à risque d'ag. Recommandations : pas = A, dilué = B, caractère ordinaire = C ou 1. Par Colles, Bourne, MD, Collin-Couette, PSP, Dominique Cousineau, MD, FRCP, et Danielle Lemieux, MD. © 2017 CHU Sainte-Justine

Documentation précise

permettant de repérer facilement et rapidement l'évaluation



Les résultats doivent fournir une évaluation complète et minutieuse des fonctions et des organes examinés. Exemple de note portant sur l'anamnèse, l'examen physique et les interventions.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-28 <i>Souligné</i>	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 : S.O.
	S : Toux sèche occasionnelle depuis 2 jours. Grande fatigue. Perte d'appétit.
	T : Constant depuis 3 jours.
	U : Ne sais pas.
<i>Majuscules</i>	<u>Examen physique</u>
	INSPECTION : Attentive, alerte. Retour capillaire 1 sec., 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.
	<i>Marthe Pierre-Louis inf.</i>

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



Complète

- Évaluation clinique
- Soins prodigués, prévention, enseignement
- Décisions cliniques, justification
- 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 ^{re} 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.

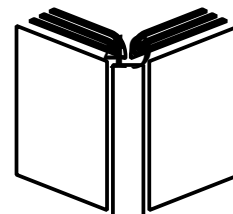
Pertinente

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

Pertinente = relatif au patient

Les réactions de la personne

Présence et implication de l'entourage

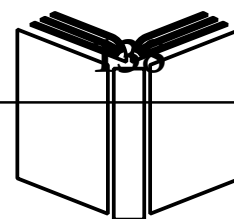


Pertinent ou non ?

- Visiteurs au chevet
- Holter, spirométrie ou autre test fait quotidiennement
- Calme entre 20h et 22h alors que sa fille est présente
- Va bien ou rien de particulier
- Mange bien
- Alerté, attentif, absence de nouveau symptôme
- Impression clinique de dysphagie
- DEG

39

Pertinente = rapporte les réactions du patient



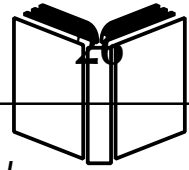
Exemple de note pour du Dilaudid sous-cutanée en PRN (Pic d'action 30 - 90 minutes, durée d'action 240 minutes)

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.

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

41



42

Cochez les faits concernant la photo

- a) Cette dame est en perte d'autonomie
- b) Cette dame est âgée
- c) L'endroit est calme
- d) Cette dame est à risque de chute
- e) Elle est alerte
- f) Elle ne présente pas de traumatisme crânien

43

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 échelle Victoria.*

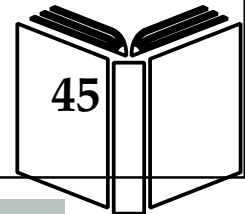
44

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.	45

Comment décrivez-vous ?



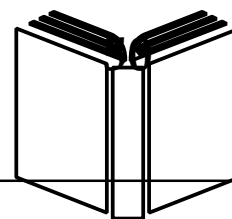
Semble anxieux ?

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.

47

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.	

48

PRÉCISE

Que pensez-vous de :

Vomissement abondant

Sécrétions verdâtres peu abondantes

Mange bien

Selles brunes abondantes

49

Précision

~~Confus~~ 🖕

À remplacer par :

Précisions sur l'état mental

- État de conscience (niveaux d'état de conscience)
- Attention

50

Évaluer l'état mental aussi souvent que les signes vitaux

Réf.Voyer, examen clinique de l'ainé ERPI 2017

- État de conscience
- Attention
- Orientation
- Mémoire
- Concentration
- Organisation de la pensée
- Capacité visuo-spatiale
- Fonction exécutive
- Perception
- Comportement (arrêt ou nouveau) /
changement de personnalité ou d'humeur

**L'état mental :
le 6e signe vital**

51

Composantes de l'état mental, une méthode

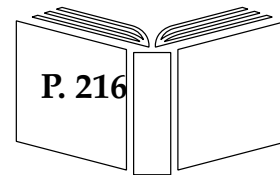
ACCP

- **A**pparence
- **C**omportement
- Fonctions **c**ognitives
- Processus de la **p**ensée

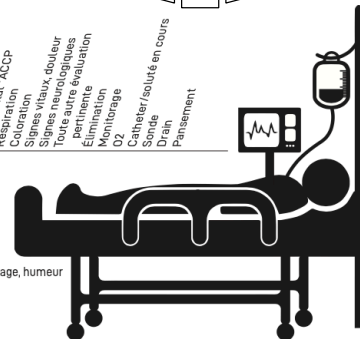
ANNEXE 5
Tête au pieds
(Évaluation)



Heure
Identification
Positionnement
État mental, ACCP
Respiration
Coloration
Signes vitaux, douleur
Signes neurologiques
Toutes autres évaluations
Élimination
Monitoring
O2
Cathéter / soluté en cours
Sonde
Drain
Pansement



*ACCP
Apparence
posture, mouvements, habillement, hygiène
Comportement
niveau de conscience, expression faciale, langage, humeur
Fonctions Cognitives
orientation, attention, mémoire, jugement
Processus de la Pensée
processus, contenu, perceptions



216

Étude de cas M.Paquette

M.Paquette est âgé de 75 ans. Il est hospitalisé sur une unité de chirurgie. Il a subi une chirurgie cardiaque il y a 3 jours.

C'est un patient réservé qui ne sonne que lorsque la douleur physique est trop forte.

Voici des extraits des notes au dossier :

2023-05-06 09h30 Se plaint de douleur 8/10 au site opératoire. PRN administré.

10h15 Calme, aucune plainte formulée.

Est-ce qu'un examen sommaire de son état mental devrait être effectué?

53

Précision

~~Semble~~ 🖐️

~~Paraît être ou à l'air de~~

~~N'est JAMAIS acceptable~~

À remplacer par des faits.

Par exemple :

- Rythme respiratoire, amplitude, type
- Position
- Yeux clos

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

54

Plus de précision

Ces extraits réels de notes sont imprécis. Remplacer par :

Vomissement abondant	Avez-vous mesuré ?
Bonne alimentation	Autonomie ? Goûts ? Quantité ? Etc.
Sécrétions verdâtres abondantes	Sécrétions ... expectorations ou exsudat de plaie
Wheezing +++	
Très dyspnéique	Dyspnée est une donnée subjective.
Dyspnée 5 sur échelle	Quelle échelle ?
Respiration difficile	Dit respirer difficilement.
Eupnéique	Donc vous avez calculé le rythme entre 10-20 sur 1 minute ... donc inscrire précisément les données objectives.
Repose à ma tournée	Où ? Dans quel état mental ?
Agité	Agitation physique ? Verbale ? Description .
Fatigue ++	Dit se sentir fatigué.
Sonde draine bien	Draine quoi ?
Abdomen souple sans défense	Palpation abd. profonde : résultat normal aux 4 ⁵⁵ quadrants.

Plus de précision

Extraits réels de notes X	Remplacer par ✓
Au lit à mon arrivée	8h40 Alerte et attentif.
Eupnéique	État mental, rythme respiratoire
Très dyspnéique	Dit se sentir oppressé. Respiration 24/min...
Sursaute constamment	Hyperalerte
Regard fuyant, difficulté à suivre la conversation	Inattentif
Confuse	Changement d'état mental. Léthargique.
Désorientée	Désorientée dans l'espace. Mémoire affectée, ne me reconnaît pas
DEG	Est-ce une abréviation reconnue ?

Vocabulaire scientifique

Des outils et aide-mémoire, quelques exemples

Santé mentale / état cognitif / état mental

- **Évaluation de la condition physique et mentale AQIISM** <https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Guide-d%E2%80%99%C3%A9valuation-de-la-condition-physique-et-mentale-.pdf>
- **Examen mental CHU de Québec** <https://aqiism.org/wp-content/uploads/2018/11/Examen-mental-Pr%C3%A9vention-suicide-AQIISM.pdf>
- **Examen de l'état mental IUSMO** <https://aqiism.org/wp-content/uploads/PDF-examen-etat-mental.pdf>
- **Détection des personnes à risque suicidaire AQIISM** <https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-D%C3%A9tection-des-personnes-%C3%A0-risque-suicidaire-.pdf>

Douleur enfant/ adulte / aînés atteints de troubles cognitifs

- FLACC, EVENDOL, PACSLAC, Échelles EVA, numérique, verbale, Gélinas, Doloplus, CPOT, etc.

Évaluation et suivi de plaie https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/Soins_de_plaies_Evaluation_VF.pdf

Examen clinique

- **Examen clinique évaluation de la tête aux pieds UQO** <file:///Users/mireilleguillemette/Downloads/38193-soi3253-evaluation-physique-examen-clinique-complet-evaluation-la-tete-aux-pieds.pdf>
- **Aide-mémoire appel au médecin CIUSSSCSIM** <http://cpmchslid.ca/wp-content/uploads/2022/02/Appel-au-me%CC%81decin-aide-me%CC%81moire.pdf>
- **Examen clinique de première ligne (Philippe Voyer) SCPD** <https://www.oiaq.org/files/content/Profession/Developpement-de-la-profession/IA-EN-CHSLD/Examen-clinique-SCPD.pdf>

57

Dire versus écrire

Je dis	J'écris
Maladie grave du foie	Cirrhose
Ampoule, bulle	Cloque
Ce que l'on garde secret, qui reste personnel	Confidentialité
Moyen pour ne pas tomber enceinte, éviter d'avoir des enfants	Contraception
Soulage, améliore, fait diminuer	Pallier (comme dans le PQRSU)
Après l'opération	Post-opératoire
Battements du coeur	Pouls
Perte de poids	Perte pondérale
Être bien dans sa tête	Santé mentale
Ressenti lorsque vous avez arrêté la cigarette / alcool / médicament, etc.	Sevrage
Signes de maladie	Symptôme

58

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 »

Abréviation interdite	Ce qu'il faut écrire	Symbole interdit	Ce qu'il faut écrire
U, un	unité	@	à
IU ou UI	unité	><	« plus grand que » / « plus que » ou « plus petit que » / « moins que » Exception : accepté sur les formulaires de chimiothérapie tel que recommandé par la CAPCA dans le <i>Guidelines for developing ambulatory chemotherapy preprinted orders</i> - www.capca.ca
Tout nom de médicament	Écrire au long tous les noms de médicaments (sauf exceptions - voir abréviations adéquates)	Tiret (-) pour les jours de chimiothérapie (ex. : jour 1-3)	Lister les jours spécifiques de thérapie, avec les doses devant être données lors de ces jours (ex. : jours 1, 2 et 3)
QD/QOD	die/un jour sur deux	Inscription numérique interdite	Ce qu'il faut écrire
OD	die	Mettre un zéro dans la partie décimale pour un nombre entier. (ex. : 5,0 mg)	Ne jamais écrire un zéro dans la partie décimale pour un nombre entier. Ex. adéquat: 5 mg (et non 5,0 mg qui peut être interprété 50 mg soit 10X la dose)
OS/OD/OU	(Œil gauche / œil droit / les deux yeux	Zéro à gauche du séparateur décimal omis pour un nombre plus petit que 1. (ex. : ,5 mg)	Toujours mettre un zéro avant le séparateur décimal pour un nombre plus petit que 1. Ex. : 0,5 mg (et non ,5 mg qui peut être interprété 5 mg soit 10X la dose)
D/C	Utiliser « congé » pour libérer un patient ou « cesser » pour terminer un médicament		
cc	mL ou millilitre		
µg	mcg		
X 6 d	X 6 doses		
SL	Sublingual		
AD, AS, AU	Dans l'oreille droite / dans l'oreille gauche / dans les deux oreilles		

Adapté de la Liste d'abréviations, symboles et inscriptions numériques sujets à erreur de l'ISMP Canada, 2006.
Approuvé par le comité de pharmacologie central du CIUSSS Estrie-CHUS le 21 février 2018.

60 Regular INSULIN NOW

Le «u» représentant le terme «unités», et qui a été souvent mal interprété comme étant «0» (zéro), peut mener à un accident de dosage de dix fois la dose prévue. Dans ce cas-ci, le terme «6u» a été mal interprété comme étant «60» et le patient a reçu 60 unités d'insuline régulière (à courte action). Il est à noter que l'insuline a été identifiée comme étant le médicament le plus couramment déclaré pour avoir causé des préjudices dans la banque de données des déclarations volontaires d'accidents liés à la médication de l'ISMP Canada.

RUN 25ML/H

Dans ce troisième exemple, une perfusion d'octréotide a été administrée à 25 mL/h au lieu du 5 mL/h prévu. Peu importe qu'il soit manuscrit ou généré par ordinateur, le symbole «@» peut être lu comme un «2» ou un «5», menant à des surdoses substantielles de médicaments.

<https://www.ismp-canada.org/fr/dangerousabbreviations.htm>

Que signifie ?

- A/N
- MEC
- PERLA
- BEG
- BCM
- FC
- NPO
- PST
- BPM
- CE
- VPP
- OMI
- D
- PA
- RGO
- G
- OV
- PAM
- DLG
- Pat
- OCDN
- AA

61

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 suicidaire.

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 ^{er} 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> 62
La note d'évolution régulière démontrera les interventions de dépistage réalisées auprès de Mme Guay.	

Jérôme

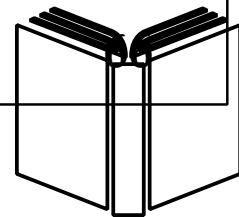
Vous travaillez en clinique externe.

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 ?

63

Une plainte



Deux éléments doivent être notés :

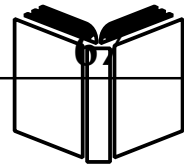
1. L'accompagnement fait pour aider la personne à formuler sa plainte
2. Les démarches entreprises par la personne

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>

64

Demande de correction réclamée par le patient



- Seuls des faits inexacts, incomplets ou prêtant 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 ^{Fausse note N.T.} Semble 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>

65

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

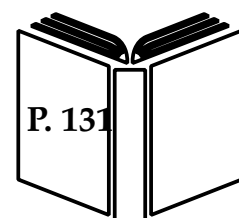
Étude de cas Mme Carignan

Mme Carignan se plaint de nausées et a eu un vomissement alimentaire il y a 15 minutes.

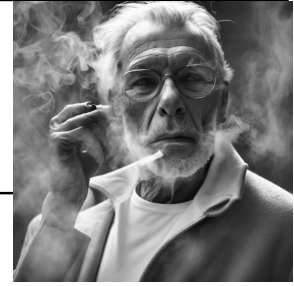
Elle demande un Graval.

Elle a déjà pris cette médication par le passé. Une ordonnance collective est disponible.

Que doit-on retrouver dans la note :



Étude de cas M. Duruisseau

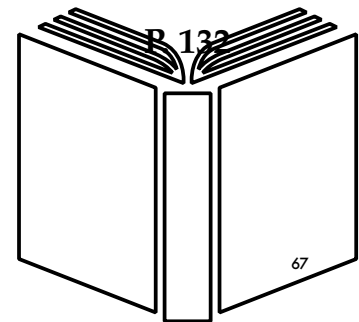


M. Duruisseau se plaint de reflux gastro-oesophagien.

Il demande son Zantac.

Une ordonnance individuelle est à son dossier.

Que doit-on retrouver dans la note :



Étude de cas Mme Vézina



Post AVC. Alitée. Elle présente une coloration rougeâtre - violacée au talon droit, mais la peau est intacte. Une PAB, Etienne Jean-Pierre, vous avise qu'elle émet de grognements et vocalisations répétitives.

Composez une note (les mots clés, essentiels, pour cette situation):

Exemple de note d'évolution

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-20	10h30 Soins de plaie abd. effectués. Présence de signes d'une infection locale : Odeur après le nettoyage, exsudat séreux épais. Absence de signes d'infection systémique. Culture effectuée. 10h40 Message laissé à Dr Belley. <i>Marielle Voyer inf.</i>
Cette note est complémentaire à la fiche de suivi de plaies.	



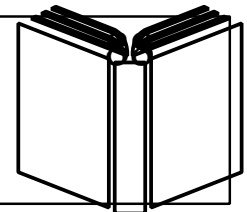
Exemple , pansement postopératoire

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-05	10h00 Pans. abd. en place. Souillé à 90% sanguin. Renforcé avec 1 coussinet. <i>Lise Dupuis inf. aux.</i>
Cette note sera complétée par les autres interventions et la signature.	

Exemple , thérapie de compression

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-30	11h00 Plaie # 1 Ulcère veineux MIG. ITB 0.6, ne présente aucune contre-indication à l'utilisation de thérapie de compression. Mesure du mollet gauche : 24cm. Tubigrip Format B appliqué double épaisseur pour donner une compression de 20-30 mmHg. Enseignement fait sur la surveillance de l'état de la peau signes de circulation sanguine adéquate. PTI et plan de traitement modifiés. <i>Maud Garrand-Tudreau inf.</i>
Décider des mesures de compression fait partie des activités réservées à l'infirmière, une ordonnance n'est pas nécessaire. Dans le cas où le médecin aurait écrit une ordonnance, celle-ci a préséance.	

Étude de cas



M. Tremblay est âgé de 73 ans, il est sur l'unité des soins intensifs depuis 12 heures, post-op chirurgie cardiaque. Il est présentement 9 heures.

Voici des extraits des notes au dossier :

2023-05-06 7h00 Agité toute la nuit.

2023-05-06 9h00 Patient surveillé attentivement Serge, l'infirmier arrivé depuis 7h30. Raconte à ses proches que cet infirmier est dangereux, qu'il est sûrement drogué malgré le fait que je l'ai rassuré à l'effet que Serge est très compétent et gentil, qu'il est mon collègue depuis longtemps. Il le suit constamment du regard. Regard suspicieux. Il me montre une plaque de peinture émaillée sur la porte et demande pourquoi le sang n'a pas été nettoyé. Agité, sursaute fréquemment. Regard fuyant, et difficulté à suivre la conversation.

Trouvez les erreurs. Quels termes qualifient de façon précise son état mental ?

Précision, concision, utilisation du vocabulaire scientifique

-
-
-
-
-
-
-

73

Étude de cas Antoine

Lors de la vaccination, le père de Antoine (2 1/2 ans) vous dit être inquiet du fait que son fils ne dort pas.

Après questionnement, il dort environ 12 heures au total.

L'endormissement est difficile : pleurs, demandes répétées.
Il ne fait plus de sieste en journée, sauf à la garderie.

Devez-vous évaluer la situation ? Mots clés composant la note :

74

Étude de cas Éloïse

Unité de pédiatrie. La mère de Éloïse 3 mois, vous dit qu'elle est inquiète, car son bébé ne pleure pas comme d'habitude. Elle la sent un peu plus crispée qu'à l'habitude. Elle croit qu'elle a mal.

Le bébé a bu comme à l'habitude. Ne présente pas de fièvre. Sa peau est tiède et rosée.

Devez-vous noter cette situation ?

75

Prélèvement veineux

Vous faites une ponction veineuse à la main gauche. Le patient se plaint d'une douleur vive sous forme de choc électrique (symptôme d'une atteinte accidentelle d'un nerf).

Que faites-vous ?

Quels éléments essentiels doivent être documentés ?

Devez-vous noter que vous avez identifié le patient sans équivoque (qui n'admet aucun doute) ?

76

Étude de cas M.Huot

Situation soins palliatifs (CHSLD ou médecine). M.Huot est en fin de vie. Une ordonnance individuelle 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.

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

77

7.4 CLIENT RECEVANT DES OPIACÉS

Le client soumis à une médication présentant des effets sur le système nerveux central doit être surveillé de façon plus fréquente. C'est le cas pour les opiacés. On doit s'assurer que la surveillance est adaptée au pic d'action du médicament. On sait aujourd'hui que les effets des opiacés peuvent induire des états aussi graves qu'une dépression respiratoire. Un suivi rigoureux doit être fait des signes vitaux, du degré de sédation et de l'intensité de toute douleur ressentie.

Paramètres à évaluer

Intensité de la douleur	Échelle 0 à 10
Degré de sédation	S : Sommeil normal, facile à éveiller 1 : Éveillé, alerte 2 : Parfois somnolent, éveil facile 3 : Somnolent, s'éveille si stimulé mais se rendort durant la conversation 4 : Profondément endormi, ne s'éveille pas ou difficilement à la stimulation
État respiratoire	Fréquence Rythme Amplitude Saturation (faible si le client ne reçoit pas d'apport d'O2) Présence de ronflements

Référence : Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central, OIIQ.



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.

78

Étude de cas M.Giroux

À 14:00, sa fille vient vous voir et vous mentionne que son père est beaucoup plus endormi. « Il est différent, il est perdu et je ne comprends plus ce qu'il veut. »

Elle vous mentionne aussi qu'il était plutôt agité et parlait d'un sujet à l'autre la nuit dernière.

Lorsque vous arrivez à son chevet à 14h20, il sursaute dès que vous bougez ou que vous lui parlez. Il ne comprend plus les consignes simples. Il ne vous reconnaît plus.

Il fait des gestes pour attraper quelque chose que vous ne voyez pas. Il répond dans l'affirmative à la question : « est-ce qu'une roche flotte? »


Composez une note (les mots clés, essentiels, pour cette situation):

81

Post-chute

Le rapport des incidents et des accidents doit être produit le plus rapidement possible après l'événement et comme toute documentation au dossier médical doit être signé par la personne qui a constaté les faits.

En tout temps, des notes d'évolution doivent être complétées pour décrire l'événement, l'évaluation de l'état de santé de la personne et le suivi médical.

N° de l'événement		RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT		N° du formulaire		
		 DT9034				
Nom de l'établissement						
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CJ <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRD <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CRDP						
Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement						
Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Lieu où s'est produit l'événement <small>(précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :</small>						
Information sur l'utilisateur						
Curatelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Type de déficience : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Langage				
Si oui : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique		<input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Multidéficiences <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle				
Situation préalable						
État de la personne : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Désorienté/confus <input type="checkbox"/> Agressif/violent <input type="checkbox"/> Comateux						
Capacité de déplacement :						
Autonomie : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Dépendance totale <input type="checkbox"/> Inconnue			Surveillance requise : <input type="checkbox"/> Usuelle <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Inconnue			
Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)						

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).

Étude de cas M.Côté

Unité de chirurgie. M.Côté présente une coloration bleutée au niveau du ventre.

Composez une note (les mots clés, essentiels, pour cette situation):

Étude de cas M.Chicoine

CHSLD, Situation de soins palliatifs.

M.Chicoine présente des rôles importants.

Que doit contenir votre évaluation, et donc votre documentation :

85

Étude de cas Jérémie, 10 ans

- Unité des urgences.
- Regardons la scène. Noter le type de respiration :

86

Étude de cas Mme Gagnon

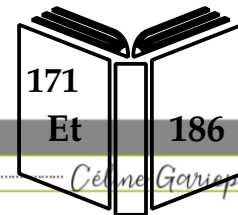
Mme Gagnon 92 ans, atteinte d'un TNCM de cause Alzheimer.

Le PAB est présent pour assistance à l'alimentation, un pouding. Il doit la stimuler en lui parlant et touchant le bras, car elle se rendort tout de suite. Vous remarquez un larmoiement et écoulement clair du nez lorsqu'il l'alimente.

Composez une note (les mots clés, essentiels, pour cette situation):

87

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. Céline Gariépy inf.

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. Jeanne Tremblay inf.

Renseignements rapportés par un proche

Exemple de note concernant l'application d'une ordonnance collective au service des urgences.

Enfant de 4 ans se présentant avec sa mère

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-25	9h00 Selon sa mère : douleur à la gorge, haut-le-coeur depuis ce matin, perte d'appétit depuis hier et ne joue plus. Pleure en se tenant la gorge et dit « ça fait bobo ». T°35.5 B. Pointage 4 à l'échelle de douleur à la gorge. Culture de gorge effectuée pour Streptest.

Cette note sera complétée par les autres interventions, la surveillance et la signature.

88

Étude de cas M.Bouchard

Unité de médecine. Vous êtes au chevet de M.Bouchard pour un prélèvement veineux.

Il vous dit : à quoi ça sert tout ce que j'ai accompli, ma business, les enfants que je ne vois même pas. Ma vie n'a aucun sens, j'ai tellement de regrets. Je serais aussi bien d'en finir au plus vite.

Composez une note (les mots clés, essentiels, pour cette situation):

89

Comment notez-vous ceci ?

90

Surveillance clinique des effets indésirables de la médication

- L'infirmière doit déterminer la fréquence à laquelle cette surveillance doit être réalisée
- On doit retrouver dans la note au dossier :
 - Efficacité du médicament
 - Interventions non pharmacologiques
 - Description des effets secondaires
 - Suivi

91

Étude de cas Mme Caux

Mme Caux est âgée de 75 ans. Situation de SAD. Prends Prevacid (un IPP) depuis 10 ans.

1. Quelle est l'indication habituelle de ce médicament :
2. Quels sont les effets secondaires à surveiller :
3. Qu'est-ce qui doit être documenté dans la note :

92

Mme Caux

Exemple de note au dossier

Cet exemple est basé sur l'outil *Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons*, INESSS. 93

Étude de cas Mme Shan



Mme Shan prend du Serax (un benzo) au coucher depuis la mort de son mari il y a 6 mois. Elle a été mariée pendant 62 ans. Pendant les semaines qui ont suivi le décès, il lui arrivait souvent de l'entendre et de sentir son odeur et sa présence.

1. Quelle est l'indication habituelle de ce médicament ?
2. Quels sont les effets secondaires à surveiller :
3. Qu'est-ce qui doit être documenté dans la note :

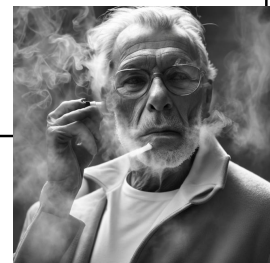
Mme Shan

Exemple de note au dossier

Cet exemple illustre la situation d'une personne vue en clinique externe et utilisant du Serax pour insomnie depuis quelques mois.

95

M. Duruisseau



Situation de suivi MPOC

- Quel est le standard de suivi ?
- Mots clés composant la note :

Périnatalité, nouveau-né
Exemple fourni par M.Primeau

97

Périnatalité, nouvelle accouchée
Exemple fourni par M.Primeau

98

M.Duclos



Ancien toxicomane et alcoolique, M.Duclos est âgé de 67 ans. Il n'a plus de contact avec sa famille. M. Duclos est hospitalisé sur l'unité de médecine, lit de soins palliatifs.

Il vous confie avoir très peur de la mort, car il a causé beaucoup de tort dans sa vie. Il a vécu plusieurs épisodes d'incarcération pour vol / fraude / enlèvement pour obtenir rançon. Il vit de l'anxiété importante et vous confie des épisodes de violence qu'il a vécu et qu'il a fait vivre.

- **Devriez-vous parler avec votre équipe de ce que vous avez appris au sujet du passé de ce résident et noter ces renseignements au dossier?**
- Quels sujets de discussion pourriez-vous aborder avec monsieur lors des soins?

99

Confidentialité

Votre mère est hospitalisée dans l'établissement où vous travaillez.

Le personnel est débordé de travail.

Votre mère vous donne l'autorisation verbale pour consulter son dossier médical.

Avez-vous le droit de consulter son dossier ?

Vos notes changeront-elles dès demain ?
Faites un ✓ dans la colonne de droite si vous considérez inscrire les extraits suivants au dossier médical.

Patient confus et agité		8h00 Prise en charge	
Eupnéique à mon arrivée		21/10/2023	
Semble être anxieux		Somnolent	
3 jours sans selles, protocole débuté comme prescrit		Accaparant +++	
Respiration 26/minute, râles bronchiques importants		Collabore bien	
Selles diarrhéiques abondantes		1 gtte instillée A.U.	
Nerveux, sursaute constamment		Va bien ou stable	
Au lit à mon arrivée.		Agressif	
Aucune plainte formulée		B1-B2 audible	
SV sur feuille spéciale		Dyspnéique	

Faites votre total /20 Quel était votre total en début de formation¹⁰¹?

- Que retenez-vous ?
- Certificat 7 heures accréditée
- Votre formation est accessible pour une période de 1 an.

Merci!