

DOCUMENTATION INFIRMIÈRE

2^e édition

GUIDE DE RÉDACTION

pour les professionnels de la santé

Mireille Guillemette inf.B.éd.



préface Me Jean-Pierre Ménard



Ce guide de rédaction vous donne accès :

- à des outils à télécharger (symbole triangle pointant vers le bas à l'intérieur d'un cercle rouge);
- à des exercices sous forme de quiz en ligne pour chacun des chapitres;
- à des vidéos démonstratifs (symbole triangle pointant vers la droite à l'intérieur d'un cercle rouge).



Autrice : Mireille Guillemette

Consultation et révision de contenu : Kim Willcocks

Réalisation graphique : Marie-Josée Desmeules, graphiste

Édition : Mire Formation Conseil inc. Lévis, Québec, Canada - 581 996-3774 - info@mireformations.com

Tous droits réservés On ne peut reproduire ou copier sous quelque forme ou quelque procédé que ce soit, en tout ou en partie, aucun extrait de ce livre.

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, décembre 2024.

Selon les spécifications suivantes : modifications affectant le contenu ou le titre du document

978-2-9818651-0-6 (1^{re} édition, 2019)

978-2-9818651-1-3 Documentation infirmière Guide de rédaction pour les professionnels de oui la santé. 2^e édition Imprimé

978-2-9818651-2-0 Documentation infirmière Guide de rédaction pour les professionnels de oui la santé. 2^e édition PDF

978-2-9818651-3-7 Documentation infirmière Guide de rédaction pour les professionnels de oui la santé. 2^e édition ePUB

- Dans cet ouvrage, le féminin est utilisé pour représenter les deux sexes, dans le seul but d'alléger le texte et éviter la répétition du terme infirmière-infirmier.
- Le terme PERSONNE désigne toute personne recevant des soins et services de santé. Ses équivalents comme usager, client, patient, bénéficiaire ou résident seront utilisés lorsque le contexte s'y prête.
- L'utilisation du terme PROCHE servira à identifier la famille et l'entourage de la PERSONNE ou tout autre individu significatif impliqué dans l'épisode de soins, comme un proche aidant.
- Les NOTES D'ÉVOLUTION présentées dans ce guide y sont à titre d'exemples uniquement. Elles ne représentent pas un épisode complet de soin. Elles ne sont donc pas exhaustives. De plus, des règles propres à chaque établissement ou CISSS (centre intégré de santé et services sociaux) s'appliquent parfois.

Matériel numérique pour accompagner votre apprentissage



- Des vidéos de formation avec exemples de notes d'évolution
- Des tableaux et fiches de suivi
- Des guides pour l'examen clinique
- Des quiz pour chacun des chapitres
- Des capsules de formation présentées par Mireille

CONNECTEZ-VOUS

1- <https://mireformations.com/>

2-S'inscrire

3-Entrer votre code d'accès UNIQUE

CODE D'ACCÈS UNIQUE

htv7-nqr8-sr54

Besoin d'aide ?

Voir tutoriel sur <https://mireformations.com/faq/>



PRÉFACE

J'ai eu le plaisir de lire le travail de Mme Mireille Guillemette sur les notes au dossier médical de l'utilisateur. Cet ouvrage traite de l'évolution de la tenue de dossier depuis l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, jusqu'à ce jour.

L'évolution du monde de la santé accroît de façon vertigineuse tant au niveau populationnel, scientifique que juridique, la responsabilité de tous les intervenants.

En effet, le rythme de travail du monde de la santé se déroule à une vitesse bien différente des dernières décennies.

Il est d'autant plus crucial d'accorder de l'importance à tous les actes accomplis par le personnel soignant et donc urgence de trouver des moyens pour qu'un dossier de patient reflète intégralement les soins reçus.

Ce livre apportera un soutien indispensable à l'obligation que les professionnels de la santé ont de rédiger des notes concises, de qualité et sans équivoque. Cet ouvrage fournit un cadre de rédaction dans le but de répondre aux exigences croissantes auxquelles doivent faire face tous ceux impliqués de près ou de loin dans le milieu de la santé. C'est une contribution à la formation des infirmières et infirmiers en plus d'être un aide-mémoire pour tous les intervenants.

Jean-Pierre Ménard, Ad. E.

AVANT-PROPOS

Le travail dans le milieu de la santé est sous pression permanente. La tâche infirmière, déjà lourde avec la complexité des soins, la comorbidité et le vieillissement de la population a subi ces dernières années de nombreuses transformations. Le recrutement du personnel traverse des périodes difficiles, ce qui contribue aussi à peser sur la charge de travail. Les patients sont plus nombreux, les temps d'hospitalisation plus courts; en conséquence, les notes à rédiger sont aussi plus nombreuses, doivent être documentées et souvent écrites plus rapidement pour s'adapter à la charge de travail. À ces nouvelles réalités, des modifications importantes du rôle et du champ de pratique des intervenants ont aussi été introduites. Les diverses lois adoptées récemment sur la réorganisation administrative des soins et l'arrivée des nouvelles technologies ont eu un impact important sur la plupart des tâches, y compris celle de la rédaction de la note au dossier. Au fil du temps, grâce aux rencontres, aux visites des milieux de soins au Canada, en Suisse et en Australie, ainsi qu'aux recherches effectuées, j'ai rapidement constaté que la réalité et le besoin d'un guide pour la documentation étaient partagés par toutes les infirmières. Nous relevons des défis semblables.

Les lois et règlementations sont similaires.

Cette 2^e édition se veut donc spécifique aux membres de l'OIIQ, mais aussi adaptée à l'international.

La qualité du travail réalisé quotidiennement par le personnel infirmier dans les unités de soins ne se reflète pas toujours dans la lecture des notes d'évolution. Il existe parfois un écart significatif entre la nature des soins apportés aux patients/famille et les notes inscrites au dossier.

Ce guide se veut un outil adapté pour relever les nombreux défis et répondre aux nouvelles réalités dans les milieux de soins. Il s'adresse aux étudiants des niveaux professionnel, collégial et universitaire ainsi qu'aux professionnels de tous les milieux de soins, du secteur privé comme du secteur public.

Mireille Guillemette, *Infirmière bachelière, autrice*

REMERCIEMENTS

Pour cette 2^e édition, j'ai été aidée d'une équipe d'experts, spécialistes de contenu. Je tiens à remercier les infirmières qui ont généreusement participé à la révision et à la bonification de cette 2^e édition.

Grâce à votre expertise et à votre implication, vous contribuez à la prestation de soins de qualité et plus sécuritaires. Un merci tout spécial à Marie-Josée pour ton dévouement, ta vigilance et ton talent.

Équipe de consultation et de révision

Kim Willcocks, infirmière praticienne en soins de première ligne, travaillant en médecine familiale.

Catherine Belzile, infirmière et enseignante

Nathalie de Rosnay, infirmière et enseignante

Myriam Descarries, infirmière et enseignante

Myriam Primeau, infirmière et enseignante

Louise Simard (révision et correction du texte)

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	II	2. CE QUI DOIT ÊTRE INSCRIT AU DOSSIER	28
AVANT-PROPOS	III	2.1 OBSERVATIONS.....	30
REMERCIEMENTS	IV	2.2 INTERVENTIONS.....	35
INTRODUCTION	IX	2.3 RÉACTIONS DE LA PERSONNE.....	35
1. LA NOTE AU DOSSIER : UNE OBLIGATION	2	2.4 CE QUI DOIT ÊTRE TRANSMIS.....	36
1.1 LOIS ET RÈGLEMENTS.....	5	3. LES ÉLÉMENTS D'UNE NOTE DE QUALITÉ	40
1.2 CODE DE DÉONTOLOGIE.....	7	4. CONSIGNES GÉNÉRALES DE RÉDACTION	50
1.3 LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS.....	9	4.1 DATE ET HEURE.....	50
1.4 CODE DES PROFESSIONS.....	12	4.2 CARACTÈRE LISIBLE DE LA NOTE.....	51
1.5 CONFIDENTIALITÉ, SECRET PROFESSIONNEL ET ACCÈS AU DOSSIER.....	15	4.3 CHRONOLOGIE.....	52
1.6 CONSENTEMENT.....	18	4.4 CLARTÉ ET CONCISION.....	53
1.7 INCIDENT OU ACCIDENT.....	22	4.5 PERTINENCE.....	61
		4.6 PRÉCISION.....	63
		4.7 ABRÉVIATIONS DANGEREUSES.....	68

4.8	NOTE COMPLÈTE.....	69	6.3	DOULEUR.....	124
4.9	NOTE TARDIVE.....	72	6.4	AGITATION.....	129
4.10	CORRECTION D'ERREUR.....	75	6.5	AGRESSIVITÉ.....	134
4.11	LA NOTE DE TIERS.....	79	6.6	RISQUE SUICIDAIRE.....	137
4.12	NOTE LORS D'UN PROCESSUS DE PLAINTE.....	82	6.7	PROBLÈMES GASTRO-INTESTINAUX.....	139
4.13	DEMANDE DE CORRECTION RÉCLAMÉE PAR UN PATIENT.....	83	6.8	PROBLÈMES GÉNITO-URINAIRES.....	145
4.14	SIGNATURE ET TITRE.....	84	6.9	INCONTINENCE.....	148
			6.10	CHUTE.....	152
5.	L'ÉVALUATION INITIALE ET L'ÉVALUATION CONTINUE	90	7.	NOTER UN SOIN.....	158
5.1	ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE D'UNE PERSONNE SYMPTOMATIQUE.....	96	7.1	ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT.....	158
5.2	ÉVALUATION DE LA CONDITION MENTALE D'UNE PERSONNE SYMPTOMATIQUE.....	105	7.2	ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT À PRESCRIT AU BESOIN (PRN).....	163
6.	NOTER UNE CONDITION PARTICULIÈRE.....	112	7.3	MÉDICAMENTS D'ALERTE ÉLEVÉE.....	169
6.1	PROBLÈMES RESPIRATOIRES.....	115	7.4	PERSONNE RECEVANT DES OPIOÏDES.....	170
6.2	PLAINTÉ MNÉSIQUE.....	121	7.5	VACCINATION.....	173
			7.6	PLAIE.....	177

7.7	MESURE DES PARAMÈTRES VITAUX.....	186	9.	SUIVI SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ DE SOINS.....	218
7.8	MONITORAGE CARDIAQUE.....	188	9.1	SUIVI DE GROSSESSE ET PÉRINATALITÉ.....	218
7.9	THÉRAPIE INTRAVEINEUSE.....	188	9.2	SANTÉ MENTALE.....	225
7.10	MÉTHODES DE SOINS RELIÉES AU SYSTÈME RESPIRATOIRE.....	190	9.3	SOINS À DOMICILE.....	231
7.11	MÉTHODES DE SOINS RELIÉES AU SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE.....	194	9.4	DÉPARTEMENT DES URGENCES.....	238
7.12	CONTENTION.....	200	9.5	INTERVENTION EN MILIEU SCOLAIRE.....	244
8.	ÉTAPES PARTICULIÈRES DE L'ÉPISODE DE SOINS.....	202	9.6	CLINIQUE EXTERNE, MÉDECINE FAMILIALE.....	247
8.1	DÉPART.....	203	10.	MÉTHODES DE RÉDACTION.....	254
8.2	REFUS DE SOINS.....	205	10.1	NARRATIVE.....	254
8.3	ÉQUIPE DE CODE.....	207	10.2	SOAPIE.....	255
8.4	DÉCÈS.....	207	10.3	DIR.....	256
8.5	APPEL AU MÉDECIN ET RÉFÉRENCE.....	208	10.4	DAR.....	256
8.6	ORDONNANCE TÉLÉPHONIQUE.....	211	10.5	DEARP.....	257
8.7	ENSEIGNEMENT.....	213	10.6	McGill.....	258
8.8	IMPLICATION DES PROCHES.....	214			

CONCLUSION	260	ANNEXE 5	274
ANNEXE 1	262	Tête aux pieds (Évaluation).....	274
Abréviations dangereuses.....	262	ANNEXE 6	275
ANNEXE 2	263	Lexique / évaluation de la santé mentale.....	275
Abréviations les plus courantes.....	263	ANNEXE 7	279
ANNEXE 3	269	Règles de normalisation et différents formulaires	279
Vocabulaire utile par système.....	269	ANNEXE 8	281
ANNEXE 4	272	Médicaments d'alerte élevée.....	281
Repères anatomiques abdomen.....	272	ANNEXE 9 Suisse	284
		INDEX	288

2. CE QUI DOIT ÊTRE INSCRIT AU DOSSIER

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

Cette affirmation, on la retrouve souvent dans la jurisprudence des tribunaux et comités de déontologie qui ont eu à juger des actes professionnels. C'est un rappel que la note est essentielle pour attester de la crédibilité et de la qualité d'une prestation de services. Une note rigoureuse et claire qui respecte le plan de traitement sert tout le monde, y compris la justice. Un contenu clinique de qualité lui confère plus de crédibilité autant sur le plan professionnel que judiciaire. Cela ne doit pas faire oublier qu'**on écrit seulement ce qui est pertinent**. Une preuve sera plus facilement établie lorsque les notes au dossier sont consignées de façon rigoureuse. Cependant, la preuve qu'un acte a été effectué peut se confirmer autrement, par exemple par des entrevues auprès du personnel soignant.

Lors des inspections individuelles, l'OIIQ constate que trop de données sont inscrites, ce qui fait perdre de vue l'essentiel. Il est inutile d'écrire des généralités comme une routine de soins ou les détails d'une technique si elles sont respectées à la lettre. La note doit être concise, donc, éviter tous ces mots inutiles qui font perdre de vue la nature et la cohérence des interventions. La note se limite à des éléments précis et pertinents. La meilleure façon d'y arriver: placer le patient au centre de la note.

Inutile de noter, par exemple, qu'on a désinfecté un site avant une injection, un détail qui fait partie de la méthode de soins. Le soin, c'est l'injection et son effet sur l'état de santé du patient. Ce qui sera documenté et signé sera donc l'injection.

La continuité des soins doit être assurée en tout temps. Cela implique de transmettre au fur et à mesure les informations nécessaires à un suivi sécuritaire du patient, à la bonne personne et au moment opportun. Cette démarche assure que les soins prodigués sont sécuritaires et adaptés aux besoins du patient. Toutes ces informations constituent les notes au dossier.

Le fait de transmettre un rapport interservices fait partie de la routine de soins et n'aura donc pas à être inscrit au dossier. Ce qui est transmis dans le rapport est inscrit dans la note au dossier. Il est important de distinguer entre transmettre un rapport interservices et s'assurer de la continuité des soins.

Mots inutiles à éviter / Suggestion d'informations essentielles

✗	✓
1- Rapport inter services donné	Dr. Côté avisé que présente essoufflement et faiblesse.
2- Rapport donné	Infirmière avisée d'une 1 ^{ère} dose d'opioïde administrée à 15h40 et de la surveillance prévue à 16h10.
3- Prise en charge	08h10 alerte, attentif.
4- Fin de prise en charge	15h40 absence de nouveau symptôme.

Le dossier d'un usager contient toutes sortes de documents. Tous ces documents sont reliés aux étapes du suivi clinique. On y retrouve entre autres des rapports d'évaluation, des plans d'intervention, des notes évolutives, des photos, des documents reliés au monitoring, des résultats d'examen paracliniques, des grilles d'observation et de paramètres, le plan thérapeutique infirmier et les registres d'administration des médicaments. Il s'agit d'un ensemble de données pertinentes au suivi clinique. Les informations contenues dans ces documents ne doivent pas se répéter dans le dossier médical.

La note d'évolution doit présenter la vision d'ensemble de tous les documents. Voici des éléments parmi ceux à surveiller et à préciser prioritairement dans la note d'évolution :

- l'évaluation infirmière (éléments de l'anamnèse et de l'examen physique);
- les interventions;
- le suivi;
- la surveillance de l'état du patient (selon la raison d'admission, les diagnostics, les interventions subies);
- l'état particulier à surveiller suite au rapport inter services;
- les signes et symptômes antérieurs.

2.1 OBSERVATIONS

Il est essentiel pour les professionnels de la santé de documenter de manière précise et pertinente, en se concentrant sur les aspects qui relèvent de leur champ d'exercice et de leurs activités réservées. Cela garantit non seulement la conformité aux normes professionnelles et réglementaires, mais aussi la qualité des soins prodigués aux patients. La sécurité est augmentée par une documentation complète, exacte et réalisée de manière éthique, en tenant compte des directives spécifiques de chaque profession de la santé et des exigences légales dans leur juridiction respective.

L'utilisation du vocabulaire scientifique, en s'assurant que les éléments significatifs soient facilement repérables, favorisera une communication efficace.

La note constitue le véhicule principal de toute la communication interdisciplinaire. Elle est le fil conducteur permettant à l'équipe de soins d'obtenir un suivi clinique rigoureux sur la **détérioration** ou l'**amélioration** de l'état de santé de la personne. La justification des décisions cliniques paraît plus évidente lorsque les notes sont complètes, claires et pertinentes.

On note d'abord un **fait**. Une note est factuelle quand, peu importe qui la lit, il comprend, voit, sent et entend exactement la même chose que l'auteur de la note. On écrit des faits pas des suppositions. On n'insistera jamais assez sur le caractère inutile et inadéquat d'écrire des jugements et des interprétations sur l'état de santé du patient. **Une note doit être une observation pas une interprétation.**

Une **observation** est :

- un évènement qui s'est produit ;
- une situation qui se déroule actuellement ou qui s'est passée ;
- un phénomène observable, mesurable, quantifiable ;
- un fait nouveau.



On lit parfois dans des notes des termes vagues comme **rien de spécial, stable ou pas de changement**. Ces inscriptions sont trop générales pour être acceptables. Une note doit contenir des faits nouveaux fondés sur des données à la fois **objectives et subjectives** obtenues auprès du patient.

Objectives lorsque recueillies par des instruments de mesure ou encore par des constats observés.

Subjectives parce que fondées sur les réponses du patient, ce qu'il dit et ce qu'il ressent.

Exemples de données objectives : les signes

- Signes vitaux
- Signes neurologiques
- Résultats de l'examen physique (inspection, palpation, percussion, auscultation)
- Résultats de tests effectués

Exemples de données subjectives : les symptômes

- Dit se sentir oppressé et essoufflé au moindre effort
- Ne rapporte aucun autre symptôme respiratoire
- Rapporte : douleur abdominale

On doit idéalement retrouver ces deux types de données, objectives et subjectives, dans la note.

Exemple d'inscription d'une donnée subjective

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2025-11-25	06h40 rapporte : céphalée et vision trouble.

Cette note comprendra aussi les interventions incluant l'examen physique, le résultat, le suivi et la signature.

Exemple de note incluant des données subjectives et objectives

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2025-11-25	14h20 rapporte: sensation d'oppression à l'inspiration et essoufflé au moindre effort.
	Ne rapporte pas de toux, expectoration, orthopnée, OMI.
	Dit ressentir constamment cette sensation.
	<u>Examen physique</u>
	INSPECTION
	Alerte, attentif. FR 24/min., régulière, superficielle, abdominale. Faciès pâle. Retour capillaire 4 secondes.
	Saturation 94 %.
	AUSCULTATION
	Absence de tirage et de toux lors de l'examen. Crépitants aux lobes inférieurs droit et gauche.
Les interventions, résultats, signature et titre compléteront cette note.	

La note suit toujours le soin. C'est pourquoi elle doit s'**écrire au présent ou au passé**. Une note ne s'écrit **jamais** avant le soin. Vouloir faire vite en inscrivant d'avance une médication, qui sera administrée plus tard, est à proscrire. Si le médicament devait être oublié ou refusé, la note serait non seulement fausse, elle serait une faute déontologique.

Exemples d'observations nécessaires à noter

Anamnèse:

- les signes et symptômes présent ;
- le changement de comportement (particulièrement en gériatrie) **soit une amélioration ou une détérioration** ;
- la modification de l'état de conscience ;
- la perte d'autonomie (particulièrement en gériatrie) ;
- l'identification des facteurs de risque ;
- les résultats de l'examen physique ;
- les données cliniques du monitoring et une modification des paramètres vitaux ;
- l'absence de certains signes et symptômes ;
- la participation de la personne à son épisode de soins ;
- la présence et l'implication des proches.



Oublier les généralités telles que « **cloche d'appel à sa portée** » ou encore « **mange bien** » qui traduisent un travail professionnel peu conforme à l'occupation du champ d'exercice de l'infirmière. Ces généralités comportent l'erreur fréquente d'inscrire un élément de routine plutôt qu'un élément d'évaluation ou de soin. En plus, ces généralités sont **interprétables**. Bref, des notes trop générales sont sans utilité pour l'équipe de soins.

Élément de qualité no 4

Des notes d'évolution logiques, ordonnées et des éléments facilement repérables

L'épisode de soins est continu avec tout ce que cela comporte d'évaluation et de réévaluation. Si la note est écrite de façon ordonnée et logique, l'évolution et la pertinence des soins seront évidentes. On établira plus facilement que le patient a reçu les soins et la surveillance clinique requis par son état. Il y a quelques années, une pratique courante était d'utiliser différentes couleurs d'encre pour s'y retrouver tellement les notes étaient longues et pleines de détails. Écrites sous forme de longs paragraphes continus, le repérage des mots clés et éléments pertinents devient beaucoup plus ardu. Cette époque est bien révolue. Les situations étant souvent plus complexes (hospitalisations plus courtes, patients instables et atteints de comorbidités, rythme augmenté) rendent nécessaire l'utilisation d'une structure. La note de l'infirmière doit fournir les données factuelles à la base de chacune des décisions cliniques. Dans certaines situations, il sera efficace de titrer la note.



Carte-fiche NOTE AU QUOTIDIEN vous démontre un exemple de structure.

✗	✓
Patient confus, propos incompréhensible, a les idées toutes mélangées.	Impression clinique de délirium.
Nerveux et agité, il sursaute constamment. Il est désorienté x 3 et incapable de suivre la conversation. Son regard est fuyant.	Hyperalerte, inattentif. Désorienté temps et espace. Mémoire affectée. Pensée désorganisée.

7

LA NOTE AU DOSSIER :
NOTER UN SOIN

7. NOTER UN SOIN

Avant d'aborder spécifiquement les notes sur les techniques de soin, il convient de rappeler certaines lignes directrices. On doit écrire la note de façon claire et précise sans les détails relatifs à la méthode de soins, sauf si on déroge à la méthode normalement recommandée. Par exemple, lors de l'installation d'une sonde urinaire, l'utilisation recommandée de la proviodine pour désinfecter le site n'a pas à être notée, sauf si un autre produit désinfectant a été utilisé. **Ne jamais oublier de noter que la technique de soin a été effectuée, sinon elle pourrait être considérée comme n'avoir jamais été réalisée.**

Autre mise en garde importante, il ne faut pas doubler l'information. L'information colligée dans un registre de glycémie n'a pas à être notée dans une note d'évolution. Si une mesure inhabituelle survient, un commentaire peut être inscrit sur la note d'évolution pour fournir une vision d'ensemble de l'épisode de soins et un suivi clinique sécuritaire. Seuls les variations obtenues ou les résultats anormaux peuvent se retrouver dans la note d'évolution. Une fois signée, la feuille de traitement est en soi une note. Le soin, les résultats de la méthode de soins et la surveillance clinique font partie de la note.

Les **méthodes de soins informatisées (MSI)** disponibles dans presque tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont une référence précieuse. Chaque méthode de soins est accompagnée d'instructions précises sur les gestes à poser, le matériel à utiliser, les éléments de surveillance, ainsi que les données à noter au dossier. Voici quelques techniques de soin souvent effectuées dans les établissements et la façon de les noter.

7.1 ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT

Administrer un médicament n'est pas une tâche qu'on peut limiter à une simple distribution de pilules. La distribution est effectuée dans certaines conditions par un préposé aux bénéficiaires. La tâche de l'infirmière est plus exigeante et engage sa responsabilité professionnelle et son jugement clinique sur l'administration du médicament.

L'**administration d'un médicament** exige une évaluation préalable des symptômes, des résultats souhaités, de l'identification des réactions indésirables et de l'enseignement. Noter toujours l'administration du médicament, une fois **le médicament donné au patient**, sur le formulaire prévu à cet effet.

HEURE	MÉDICAMENTS	1	2	3	4	5	6
	Pantoprazole sodique 40 mg co., PO Pantoloc. Inhibiteur de la pompe à protons, indication : prévention lésions GI 1 comprimés = 40 mg 1 fois par jour Début/fin. 2025-01-05 13:05 2025-12-05 23:59				08h00 S.P.		

Feuille d'enregistrement de la médication (FADM).

On doit retrouver dans les notes d'évolution :

- l'évaluation des symptômes ;
- toutes les interventions non-pharmacologiques portant sur l'hygiène et les habitudes de vie ;
- l'efficacité du traitement notée de façon précise ;
- la présence de réactions indésirables ;
- l'enseignement ;
- la compréhension de l'enseignement.

La **surveillance des effets indésirables et des effets attendus** d'une médication fait partie du rôle de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire. L'infirmière doit déterminer la **fréquence** de cette surveillance et noter l'efficacité du médicament et ses effets secondaires. L'infirmière auxiliaire contribue à cette surveillance en documentant le suivi nécessaire. Par exemple,

pour un antidépresseur, les effets secondaires comme un changement de l'état mental, une chute ou la présence d'effets anticholinergiques doivent faire l'objet d'une surveillance. La présence de signes et symptômes suggérant une dépression doit aussi être évaluée et documentée.

Exemple 1

Note concernant un patient âgé de 92 ans, atteint de troubles neurocognitifs sévères de type Alzheimer. Il prend du calcium et de la vitamine D depuis son admission au CHSLD il y a 4 ans.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2025-04-05	14h00 refus de la médication.
	Crache calcium et vit. D ce jour et à 3 reprises depuis 7 jours.
	Analyse de la situation : grabataire depuis 4 mois. Espérance de vie limitée due à TNCM sévère, antécédents
	AVC et infarctus.
	Intervention : demande faite par courriel à Dr. Marois pour cesser ces suppléments.
	Signature et titre.

Cet exemple est basé sur <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2023/03/A-guide-to-deprescribing-vitamin-D-and-calcium.pdf>.

Exemple 2

Note concernant le suivi clinique d'une personne traitée avec un **IPP (inhibiteur de la pompe à proton)** comme **Oméprazole (Losec)**, **Ésoméprazole (Nexium)**, **Lansoprazole (Prevacid)**, **Pantoprazole (Pantoloc)**, **Rabéprazole (Pariet)** ou **Dexlansoprazole (Dexilant)**.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2025-01-08	Prescription de Pantoloc en cours. Dx d'ulcère gastrique en 2016, aucun symptôme actuellement.
	Informations données. Dr Moore avisé. Recommande de cesser progressivement ce médicament.
	15h30 prescription modifiée. Patient informé d'aviser si apparition de symptômes gastriques. <i>K. Wils inf.</i>

N.B. Loin d'être sans risque, il est démontré que les IPP peuvent, entre autres, augmenter les risques de fractures et des infections à C. difficile. Cet exemple est basé sur le document de l'INESSS: Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons. Certains patients, selon le diagnostic, auront plus d'avantages que de risques à prendre cette médication à long terme.



Mireille Guillemette est infirmière bachelière depuis plus de 30 ans et membre de l'OIIQ depuis 1993. Elle a œuvré dans plusieurs milieux de soins: en CLSC, puis dans plusieurs hôpitaux dont l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal, ainsi que dans plusieurs CHSLD. Elle a ajouté à sa pratique l'enseignement dont 4 ans comme conseillère pédagogique.

Mireille Guillemette a fondé en 2013 sa propre entreprise spécialisée dans les formations accréditées. Elle sillonne le Québec pour offrir de la formation continue basée sur les pratiques exemplaires et les connaissances actuelles. Les formations offertes sont accréditées par plusieurs ordres professionnels.

Elle agit aussi comme formatrice pour le Centre d'excellence du vieillissement de Québec (CEVQ), membre du réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval. En 2019, elle a participé à une mission pédagogique en Suisse pour former une équipe de professeurs et d'infirmières au rôle de mentors spécialisés en évaluation et en intervention clinique auprès des aînés.

En 2019, Mireille Guillemette a aussi conçu un guide de rédaction des notes au dossier pour l'OIIAQ et a agi comme conférencière lors des conférences régionales sur les notes au dossier offertes par l'OIIAQ dans toutes les régions du Québec.

Cette 2^e édition a été bonifiée avec encore plus d'exemples et du contenu numérique. Les lois, normes et réglementations nous dictent le QUOI. Ce guide vous outillera sur le COMMENT ! Le guide qu'elle présente aujourd'hui est adapté à tous les intervenants en santé et tout particulièrement aux infirmières et infirmiers. Ce guide est conçu pour une consultation rapide afin d'adapter la rédaction des notes aux normes actuelles.



Ce guide est disponible en tout temps
et peut être commandé sur le site
de **mireformations.com**

ISBN: 978-2-9818651-2-0

