

# NOTES DE L'INFIRMIÈRE

## ADMISSION / TRANSFERT

INSTITUT SMQ  
M-25COA  
DALLAIRE  
VINCENT  
DA

072459-0

ADM. 2019-11-11 HOSP. 2  
MD. TR. FAUCHER SYLVAIN  
NO FERMIS MD. 96257

Arrivée à l'unité			Motivation face à l'hospitalisation	
Date 19-11-11	Heure 10 <sup>05</sup>	Provenance EDQ	<input checked="" type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refuse <input type="checkbox"/> Se résigne <input type="checkbox"/> Garde : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Sur pieds <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Seul(e)    Accompagné(e) de : <u>AS</u>			<b>Act de l'hospitalisation (travail, famille, budget, etc.)</b> <u>ecole d'adultes</u>	
Niveau de conscience				
<input checked="" type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Léthargique <input type="checkbox"/> Stuporeux <input type="checkbox"/> Comateux				
Signes vitaux / Paramètres			Santé physique	
T° 36.9	TA (G) (D) 111/70	Pouls 73	FR 16	Diète <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____
Taille (m) 1.86	Poids (kg) 78	Tour de taille (cm) 108.6		Allergies <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____
Médicaments			Malaise ou plainte physique : <u>2 douleurs</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Remis <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Injection longue action : _____ <input type="checkbox"/> Protocole médicamenteux <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Acide valproïque <input type="checkbox"/> Carbamazépine <input type="checkbox"/> Olanzapine <input type="checkbox"/> Palipéridone <input type="checkbox"/> Quétiapine <input type="checkbox"/> Risperidone <input type="checkbox"/> Clozapine Autre traitement : _____ Dernier rendez-vous : <u>au printemps</u>			P : <u>yeux aux larmes</u> Q : <u>Suite à tuberculose par</u> R : <u>général à l'EDQ</u> S : _____ T : _____ U : _____	
Examen sommaire de l'état mental au moment de l'admission				
Apparence			Opération de la pensée	
Habillement et hygiène : <input type="checkbox"/> propre <input checked="" type="checkbox"/> négligé Faciès : <input checked="" type="checkbox"/> expressif <input type="checkbox"/> peu expressif <input type="checkbox"/> _____ Contact visuel : <input checked="" type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> fuyant <input type="checkbox"/> _____ Attitude : <input checked="" type="checkbox"/> coopérative <input type="checkbox"/> hostile <input type="checkbox"/> irritable <input type="checkbox"/> méfiante <input type="checkbox"/> fermée <input type="checkbox"/> _____			Cours : <input checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> accéléré <input type="checkbox"/> blocage Processus : <input checked="" type="checkbox"/> cohérent <input type="checkbox"/> incohérent <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> circonstancié <input type="checkbox"/> relâchement associatif Contenu : <input checked="" type="checkbox"/> découragement <input type="checkbox"/> culpabilité <input type="checkbox"/> obsessions <input checked="" type="checkbox"/> phobies <input type="checkbox"/> <u>anxiété</u> Délire : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	
Comportement moteur			Perceptions	
Activité psychomotrice : <input checked="" type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> ralentissement <input type="checkbox"/> agitation <input type="checkbox"/> _____ Mouv. / gestes : <input checked="" type="checkbox"/> souples <input type="checkbox"/> rigidité <input type="checkbox"/> tremblements <input type="checkbox"/> tics <input type="checkbox"/> répétitifs <input type="checkbox"/> _____			Hallucinations : <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> visuelles <input checked="" type="checkbox"/> auditives <input type="checkbox"/> <u>conscience en lien c la réalité</u>	
Langage			Fonctions cognitives	
Qualité : <input checked="" type="checkbox"/> articulé <input type="checkbox"/> peu loquace <input type="checkbox"/> volubile Débit : <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> rapide <input type="checkbox"/> lent <input type="checkbox"/> _____			Orientation : Espace : <input checked="" type="checkbox"/> orienté <input type="checkbox"/> désorienté Temps : <input checked="" type="checkbox"/> orienté <input type="checkbox"/> désorienté Personne : <input checked="" type="checkbox"/> orienté <input type="checkbox"/> désorienté Attention : <input checked="" type="checkbox"/> intacte <input type="checkbox"/> altérée	
État émotionnel :			Autocritique	
Humeur : <input type="checkbox"/> euthymique <input type="checkbox"/> triste <input checked="" type="checkbox"/> anxieuse <input type="checkbox"/> euphorique <input type="checkbox"/> colérique <input type="checkbox"/> _____ Affect : <input checked="" type="checkbox"/> concordant <input type="checkbox"/> discordant <input type="checkbox"/> labile <input type="checkbox"/> ému <input type="checkbox"/> expansif <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> absente <input type="checkbox"/> superficielle <input checked="" type="checkbox"/> partielle	





Nom :

Dossier :

Risque suicidaire		Évaluation complémentaire des risques		
Découragé au point de souhaiter mourir <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Tentatives suicidaires antérieures <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non ■ Préciser : <u>Idées suicidaires dans le passé</u> Idées suicidaires actuellement <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non ■ Fréquence : _____ ■ COQ (Comment, Où, Quand) : _____		<b>À faire si</b> <b>SUICIDE</b> <input type="checkbox"/> Présence d'idées suicidaires	<b>Outil à compléter</b> <input checked="" type="checkbox"/> Non requis <input type="checkbox"/> Guide d'évaluation de la suicidalité (PTI Risque suicidaire)	
<b>Potentiel de dangerosité actuel (OMÉGA)</b> Degré actuel : <u>1</u> Degré le plus élevé atteint antérieurement : <u>3/6</u> Date : <u>2015/age</u> Préciser : <u>depuis</u> <u>changement de bureau</u> <u>mai 2018</u>		<b>OMÉGA</b> 8 Menace exceptionnelle 7 Assaut grave 6 Agression physique 5 Résistance active 4 Intimidation <u>plainte à la police</u> D Destructeur 3 Réfractaire 2 Collaboration conditionnelle 1 Tension émotionnelle 0 Aucun	<b>ABUS DE SUBSTANCES</b> <input type="checkbox"/> Consomme / a consommé de l'alcool <input type="checkbox"/> Consomme / a consommé des drogues <b>PLAIES DE PRESSION</b> <input type="checkbox"/> Plus de 75 ans <input type="checkbox"/> Mobilité réduite <input type="checkbox"/> Incontinence <b>CHUTE</b> <input type="checkbox"/> Plus de 75 ans <input type="checkbox"/> Chute dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Problème de mobilité / équilibre	<input checked="" type="checkbox"/> Non requis <input type="checkbox"/> ASSIST (sauf si complété depuis moins de 3 mois) (PTI Abus de substance) <input checked="" type="checkbox"/> Non requis <input type="checkbox"/> Échelle d'évaluation du risque de Braden (PTI Plaie) <input checked="" type="checkbox"/> Non requis <input type="checkbox"/> Dépistage des facteurs de risque de chute (PTI Chute)
<b>Habitudes de consommation (type et fréquence)</b> <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Tabac : _____ <input type="checkbox"/> Alcool : <u>1 fois (après) ad consommation</u> <input type="checkbox"/> Drogues : <u>restitution</u> <input type="checkbox"/> Autres : _____		<b>OBSTRUCTION RESPIRATOIRE</b> <input type="checkbox"/> Retard de déglutition <input type="checkbox"/> Toux en mangeant <input type="checkbox"/> Mange rapidement <input type="checkbox"/> Mastique très peu <input type="checkbox"/> Grosses bouchées	<input checked="" type="checkbox"/> Non requis <input type="checkbox"/> Évaluation personne à risque d'obstruction respiratoire – Soins infirmiers (PTI Risque d'obstruction respiratoire)	
<b>Volet social</b> <input type="checkbox"/> Vit seul(e) <input checked="" type="checkbox"/> Vit avec : <u>ses parents</u> Type d'habitation : <u>condo</u> Occupation : <u>étudiant</u> Source de revenus : <u>argent au travail</u> Régime de protection : <u>0</u> Personne significative : <u>parents</u> Accepte que le personnel transmette des informations à sa famille et à ses proches <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Préciser : <u>ne communiquer à eux</u>		<b>Effets personnels</b> <input type="checkbox"/> Liste des effets personnels complétée <input type="checkbox"/> Objets de valeurs retournés à la maison : <u>0</u> <input type="checkbox"/> Argent déposé : <u>0</u> <b>Objets à risque (lames, ciseaux, etc.)</b> <u>0</u> <input type="checkbox"/> Remis au personnel <input type="checkbox"/> Retournés à la maison <b>Cigarettes</b> <input type="checkbox"/> Gardées <input type="checkbox"/> Remises : <u>0</u> Préciser : _____		
<b>Interventions</b> <input checked="" type="checkbox"/> Entrevue réalisée avec la personne <input type="checkbox"/> Entrevue non réalisée (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Précautions additionnelles <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Contact + <input type="checkbox"/> Gouttelettes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Surveillance : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Discrète <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Constante <input checked="" type="checkbox"/> Dépistage : <input type="checkbox"/> Alcool <input checked="" type="checkbox"/> Drogues de rue <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Formulaire Évaluation continue de l'urgence suicidaire <input type="checkbox"/> Plan de cheminement clinique débuté Si garde initiée à l'urgence ou dans un autre établissement : <input type="checkbox"/> Informé(e) du maintien de la garde <input type="checkbox"/> Informé(e) de ses droits à l'information et à communiquer avec proches / avocat <input type="checkbox"/> Non informé(e) sur sa garde et ses droits (préciser) : _____ Signature de l'infirmière : <u>Amel Aguiar inf.</u> Date : <u>19-11-11</u> Heure : <u>10<sup>30</sup></u>				