

Allergies \_\_\_\_\_

Poids (kg) \_\_\_\_\_

Taille (cm) \_\_\_\_\_

**Ordonnances du médecin**

**Initiales  
infirmière**

**SECTION À COMPLÉTER PAR L'ASI**

- Fin de soins actifs (stabilité médicale)  
 Formulaire de déclaration d'hébergement  
 Famille avisée par :

**NIVEAU DE SOINS**

- A       RCR       Pas de RCR  
 B       IET       Pas d'IET  
 C  
 D

Ne prolongez pas les interventions de maintien de la vie et n'offrez pas d'interventions invasives sans d'abord avoir établi le pronostic, les préférences et les objectifs de soins. Si le niveau de soin n'a pas été discuté depuis l'admission, il est recommandé de le faire à la lumière du nouveau pronostic et des objectifs de soin du patient qui peuvent avoir changé.

- Signes vitaux** : 1 fois/semaine et plus fréquemment PRN selon l'évaluation infirmière

Autre : \_\_\_\_\_  Raison : \_\_\_\_\_

- Poids** : 1 fois / 3 mois      Poids lors du transfert FSA : \_\_\_\_\_      Date : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_  Raison : \_\_\_\_\_

*\*Aviser MD si perte ou gain de poids de plus de 2,5 kg*

- Diète au goût**       Adaptation des textures       Asseoir à 90 degrés pour les repas

Autre : \_\_\_\_\_  Raison : \_\_\_\_\_

**MOBILISATION**

- Activités selon tolérance       Avec aide       Fournir marchette  
 Mobiliser au fauteuil pour repas       Programme de marche

Les études démontrent que la mobilisation précoce à l'hôpital est associée à moins de déclin fonctionnel et des durées de séjour plus courtes.

**PRÉVENTION OU TRAITEMENT DU DÉLIRIUM**

- Appliquer les recommandations propres au délirium (se référer au formulaire)  
 Si changement de comportement ou suspicion de délirium, procéder aux 3 actions suivantes et aviser MD
- Contrôle SV incluant température rectale
  - Bladder scan
  - Vérification si présence de fécalome (toucher rectal)

**ÉLIMINATION**

- Polyéthylène glycol (Lax-a-day) 17 g PO     DIE régulier     DIE PRN si constipation  
 Porteur de sonde à demeure, date de dernier changement : \_\_\_\_\_  
 Tenter sevrage de sonde urinaire, faire surveillance 3 x / jour x 48 h avec bladder scan post-mictionnel; aviser MD si résidu > 300 mL

Autre : \_\_\_\_\_

N'installez pas ou ne laissez pas en place des sondes urinaires sans avoir une indication acceptable (comme une maladie grave, une obstruction ou des soins palliatifs).

Nom en lettres moulées

Signature

N° permis

Heure  
00 :00

Date  
AA/MM/JJ

