PLANIFICATION INFORMATISÉE PLAISIR DES SOINS INFIRMIERS REQUIS

EROS

FRAN **F**ormulaire de **R**elevé des **A**ctions **N**ursing

A. IDENTIFICATION

No. de l'établissement |___|___| |___|___|___|

Unité |___|___|

No. du résidant |___|___|___|

Type de résidant _____

Date de l'observation |_____|_____|_____|
Jour Mois Année

Obs. pour ____ jours / 7

Évaluateur |___|___| _____

Date de naissance |_____|_____|_____|
Jour Mois Année

Sexe **1.** Fém. **2.** Masc.

Date d'admission |_____|_____|_____|
Jour Mois Année

B. THÉRAPIE DE RÉADAPTATION (SERVICES REÇUS)

Spécifier le nombre de minutes reçues par semaine de chaque thérapie et le nombre de jours par semaine où les thérapies ont été reçues.

	Nombre de minutes / semaine	Nombre de jours / semaine
Physio		
Ergo		
Ortho		

C. SOINS INFIRMIERS DE RÉADAPTATION REÇUS

" Non " Oui

Si oui, indiquer le nombre de jours / semaine

1. Entraînement pour l'alimentation ~

2. Entraînement pour l'élimination ~

3. Entraînement pour les soins d'hygiène, l'habillement ~

4. Entraîn. pour les déplacements ou la mobilisation au lit ~

5. Entraînement pour les transferts ~

RÉADAPTATION PSYCHIATRIQUE

1. NON " **2.** OUI "

D. TRAITEMENTS PARTICULIERS REÇUS

" Non " Oui

Indiquer si le traitement est reçu dans l'établissement (INT.) ou à l'extérieur (autre établissement) (EXT.)

		INT.	EXT.
1.	Chimiothérapie	"	"
2.	Radiothérapie	"	"
3.	Inhalothérapie	"	"
4.	Dialyse	"	"
5.	Transfusion	"	"
6.	Alim. parentérale (hyper-alim.)	"	"
7.	Ulcère variqueux	"	
8.	Escarre (1E, 2E degré)	"	
9.	Escarre (3E, 4E degré)	"	
10.	Pédicurie	" S.I.	" Péd.

E. VISITES MÉDICALES

Nombre habituel de visites médicales reçues _____ / **année**

F. DIAGNOSTICS (ENCERCLEZ S'IL Y A LIEU)

H359	Affection rétinienne	N390	Infection des voies urinaires
D539	Anémie nutritionnelle	I509	Insuffisance cardiaque
I209	Angine de poitrine	N189	Insuffisance rénale chronique
R268	Anomalies de la démarche	G459	Ischémie cérébrale transitoire
F411	Anxiété généralisée	J449	Mal. pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
R470	Aphasie et dysphasie	G309	Maladie d'Alzheimer
M139	Arthrite	G20	Maladie de Parkinson
M199	Arthrose	E669	Obésité
J459	Asthme	M819	Ostéoporose
I709	Athérosclérose généralisée	H919	Perte de l'audition (surdité)
I251	Cardiopathie artérioscléreuse	M069	Polyarthrite rhumatoïde
I258	Cardiopathie ischémique chr.	G629	Polynévrite
H269	Cataracte	F29	Psychose non organique
H540	Cécité des deux yeux	K219	Reflux gastro oesophagien
K590	Constipation	F799	Retard mental
E538	Déficit en vitamine B12	F209	Schizophrénie forme non préc.
G319	Dégénérescence cérébrale	F200	Schizophrénie paranoïde
F03	Démence	G35	Sclérose en plaques
E149	Diabète sans complication	I698	Séq. des mal. cérébr. vasc.
K579	Diverticulose de l'intestin	T931	Séq. fracture du fémur
R13	Dysphagie	F412	Tr. anxieux et dépressif mixte
G409	Épilepsie	I99	Tr. de l'appareil circulatoire
I48	Fibrillation auriculaire	F339	Tr. dépressif récurrent
H409	Glaucome	F069	Tr. mental du à lésion et dysfonct. cérébral et à affection physique
R443	Hallucinations	F106	Tr. mentaux et comport. liés à l'alcool
G819	Hémiplégie	F69	Tr. personnalité et comportement
K449	Hernie diaphragmatique	F319	Trouble affectif bipolaire
N40	Hyperplasie de la prostate	F067	Trouble cognitif léger
E780	Hypercholestérolémie essen.	C509	Tumeur maligne du sein
I10	Hypertension essentielle		
E039	Hypothyroïdie		
R32	Incontinence urinaire		
I252	Infarctus ancien du myocarde		

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

G. MOBILITÉ PHYSIQUE

1. Pleine mobilité (*passer à I*)
2. Mobilité **restreinte occasionnellement**
3. Mobilité **déficiente (*lenteur*)**
4. Mobilité **réduite**
5. Mobilité restreinte au **voisinage**
6. Mobilité restreinte à **l'établissement**
7. Mobilité restreinte à **l'étage** de la chambre
8. Mobilité restreinte à la **chambre**
9. Mobilité **nulle** (*lit, fauteuil*)

H. FACTEUR(S) DÉTERMINANT LA DIMINUTION OU LA PERTE DE MOBILITÉ

INHÉRENT(S) AU BÉNÉFICIAIRE

1. Aveugle
2. Obésité
3. Troubles de l'équilibre
4. Faiblesse, fragilité
5. Problèmes psychologiques
6. Problèmes psychiatriques
7. Insuffisance coronarienne
8. Problèmes respiratoires
9. Convalescence
10. Amputation
11. Déficience musculo-squelettique
12. Phase terminale
13. Autres : _____

INHÉRENT(S) À L'ÉTABLISSEMENT

14. Règlements
15. Barrière(s) architecturale(s)
16. Autres : _____

I. DIMINUTION OU PERTE DE LA CAPACITÉ D'USAGE D'UN (DES) MEMBRE(S)

Oui " *compléter le tableau* **Non** " *passer à I.1*

Type	*LIMITATION*			*IMMOBILITÉ*			*AMPUTATION*		
Localisation	**G**	**D**	**G et D**	**G**	**D**	**G et D**	**G**	**D**	**G et D**
Main(s)	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Bras	4	5	6	4	5	6	4	5	6
Hanche(s)	7	8	9	7	8	9	7	8	9
Jambe(s)	10	11	12	10	11	12	10	11	12
Pied(s)	13	14	15	13	14	15	13	14	15
Côté du corps	16	17		16	17				
Région cervicale	18			18					
Colonne	19			19					
Généralisé	20			20					

I.1 Risque de chute **1.** Non " 2. Oui "

I.2 Si amputation : **1.** avec soins (*pansement)* " 2. sans soins "

J. COMPENSATION (S)

1. Aucune
2. Canne, canne blanche
3. Cadre de marche
4. Quadripode, tripode
5. Rampe(s), meuble(s)
6. Orthèse
7. Prothèse
8. Fauteuil roulant (*autonome*)
9. Fauteuil roulant (*avec aide*)
10. Fauteuil roulant (*motorisé*)
11. Fauteuil gériatrique
12. Cigogne, verticalisateur
13. Autres : _____

K. INDÉPENDANCE DANS LES AVQ

1. Indépendance
2. Indépendance avec **aide mécanique**
3. Indépendance avec **adaptation / modification** de l'environnement
4. Dépendance **situationnelle** à autrui
5. Dépendance à autrui à **intervalles longs** (*# 1 fois / 24 heures*)
6. Dépendance à autrui à **plus d'une fois / 24 heures** mais à des moments **prévisibles**
7. Dépendance à autrui à intervalles courts imprévisible **disponibilité (*quasi*) permanente**
8. Dépendance à autrui pour la **plupart de ses besoins**
9. Dépendance pour **tous ses besoins**

L. VÉCU OCCUPATIONNEL

1. Occupation **appropriée**
2. Occupation **intermittente**
3. Occupation **limitée** (*ampleur des activités*)
4. Occupation **ajustée**
5. Occupation **réduite** (*quantité de temps*)
6. Occupation **restreinte** (*en type*)
7. Occupation **très restreinte** (*quantité de temps et type*)
8. **Aucune** occupation
9. S'occupe de **manière inappropriée**

M. PROTECTION

" **Non** : allez à N " **Oui** : préciser

		R	**P**	**S**
1.	Barrières de lits	"	"	"
2.	Tablette de fauteuil gériatrique	"	"	"
3.	Tablette de fauteuil roulant	"	"	"
4.	Gilet ou camisole de sécurité	"	"	"
5.	Contention(s) de poignet	"	"	"
6.	Contention(s) de cheville	"	"	"
7.	Ceinture abdominale au lit	"	"	"
14.	Ceinture abdominale au fauteuil	"	"	"
8.	Culotte de contention	"	"	"
9.	Tablier ignifuge	"	"	"
10.	Psychotropes	"	"	"
11.	Demi-porte	"	"	"
12.	Établissement verrouillé	"	"	"
13.	Unité de soins verrouillée	"	"	"

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

N. CONTACTS AVEC L'EXTÉRIEUR

Nombre de **contacts par année** (appels téléphoniques de et à, visites de et chez, lettres) :

_____ / an

O. INTÉGRATION SOCIALE

1. Socialement **intégré**
2. Participation **inhibée** (*gêne, timidité*)
3. Participation **limitée** (*type d'activités sociales*)
4. Relations sociales **restreintes**
(*contacts primaires et secondaires seulement*)
5. Relations sociales **pauvres**
(*contacts secondaires difficiles*)
6. Relations sociales **réduites**
(*contacts primaires seulement*)
7. Relations sociales **perturbées**
(*contacts primaires difficiles*)
8. Relations sociales **inexistantes**
(*aucun contact - incapable*)
9. **Isolement** social (*aucun contact - coupé de l'extérieur*)

P. FONCTIONS PSYCHOLOGIQUES ET SENSORIELLES

	Niveau de déficience			
	Adéquat	Léger	Modéré	Sévère / Nul
Mémoire récente	"	"	"	"
Mémoire ancienne	"	"	"	"
Pensée (contenu, vitesse)	"	"	"	"
Perception et attention	"	"	"	"
Conscience et éveil	"	"	"	"
Orientation - temps / espace / personne	"	"	"	"
Prise de décision	"	"	"	"
Pulsions	"	"	"	"
Volonté et motivation	"	"	"	"
Émotions, sentiments et humeur	"	"	"	"
Comportement	"	"	"	"
Langage	"	"	"	"
Vue	"	"	"	"
Ouïe	"	"	"	"
Se faire comprendre	"	"	"	"
Comprendre les autres	"	"	"	"

Q. PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES

Cocher le(s) problème(s) présent(s) pendant la période d'évaluation

1. Agressivité physique "
2. Agressivité verbale "
3. Dérange les autres "
4. Agitation "
5. Errance "
6. Anxiété persistante "
7. Tristesse "
8. Manifestations de chagrin "
9. Retrait "
10. Idées suicidaires "
11. Pense souvent à la mort (crainte irraisonnée) "
12. Réveil prématuré et de mauvaise humeur "
13. Hypersomnie (Éveillé 7h ou moins/jour) "

R. ORIENTATION (interactions avec l'environnement)

1. **Pleinement** orienté
2. Problème(s) d'orientation **pleinement compensé(s)**
3. Perturbations **intermittentes** de l'orientation
4. Perturbations **partiellement compensées** de l'orientation
5. Perturbations **modérées** de l'orientation
6. Perturbations **sévères** de l'orientation
7. **Perte** de l'orientation
8. **Désorientation**
9. **Coma**, état végétatif

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

RESPIRATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0010	**HUMIDIFICATEUR**	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
	EXERCICES RESPIRATOIRES																										
0020	SPIROMÉTRIE	1	L m M J V S D																								
__ W	Encercler	1	L m M J V S D																								
	W - présence constante	1	L m M J V S D																								
	1. Non 2. Oui																										
0030	SÉANCES DE TOUX	1	L m M J V S D																								
__ W	Encercler	1	L m M J V S D																								
	W - présence constante	1	L m M J V S D																								
	1. Non 2. Oui																										
	EX. PHYSIO-RESPIRATOIRES			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0040	TAPOTEMENTS	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
0050	DRAINAGES POSTURAUX	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
0060	VIBRO-MASSAGE	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
0070	**AÉROSOL**	1	L m M J V S D																								
__ W	Encercler	1	L m M J V S D																								
		1	L m M J V S D																								
	W- présence constante																										
	1. Non 2. Oui																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

RESPIRATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	ASPIRATION DES SÉCRÉTIONS																										
0080	- PAR VOIE BUCCALE	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
0090	- PAR VOIE NASALE	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
0100	- PAR VOIE TRACHÉALE	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
	OXYGÈNE																										
	O_2 par cathéter, masque, lunette, tente faciale																										
0111	**. Début** traitement **D**	3	L m M J V S D																								
0111 1/X	**. Fin** traitement **F**	3	L m M J V S D																								
0112	O_2 résidant indépendant - vérification du fonctionnement et matériel	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
	SOINS DE TRACHÉOTOMIE			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0120	- SOINS (peau, canule, pansement, cordon)	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
0130	- INSTILLATION	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
0140	- BALLONNET : gonfler et dégonfler	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
	AUTRES : _____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

ALIMENTATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	REPAS																										
	W - Présence constante individuelle 1. non 2.oui																										
1040 W	DÉJEUNER	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
1050 W	DÎNER	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
1060 W	SOUPER	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
1070 W	**COLLATION**	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
1080	**HYDRATATION**	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
1090	**COMPLÉTER LE MENU**	1 3	L m M J V S D																								
	ALIMENTATION ENTÉRALE - GAVAGE			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1120	INSTALLATION, CHANGEMENT DU SAC DE GAVAGE	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
1130	SURVEILLANCE DU GAVAGE																										
	. Début du gavage **D**	3	L m M J V S D																								
	. Fin du gavage **F**	3	L m M J V S D																								
	AUTRES: _____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

ÉLIMINATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
	ÉLIMINATION PAR VOIES NATURELLES **X** = Cigogne 1. Non 2. Oui **Z** = Nbre d'intervenants			Fréquence Nuit / Fréquence Jour
2030 $\overline{Z}$	URINAL	1 2 3	L m M J V S D	F=
		1 2 3	L m M J V S D	
2040 $\overline{Z}$	VASE DE LIT	1 2 3	L m M J V S D	F=
		1 2 3	L m M J V S D	
2051 $\overline{X}\ \overline{Z}\ \overline{W}$	TOILETTES	1 2 3	L m M J V S D	F=
	Encercler:	1 2 3	L m M J V S D	
	W - présence constante 1. non 2. oui	1 2 3	L m M J V S D	
2052 $\overline{X}\ \overline{Z}\ \overline{W}$	CHAISE PERCÉE	1 2 3	L m M J V S D	F=
	Encercler:	1 2 3	L m M J V S D	
	W - présence constante 1. non 2. oui			
2061 $\overline{Z}$	SOINS D'INCONTINENCE URINAIRE (couches, culottes)	2 3	L m M J V S D	F=
		2 3	L m M J V S D	
		2 3	L m M J V S D	
2065	DONNER PROTECTIONS (résidant indépendant)	1	L m M J V S D	F=
2071 $\overline{Z}$	SOINS D'INCONTINENCE FÉCALE	3	L m M J V S D	F=
		3	L m M J V S D	
		3	L m M J V S D	
				00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
2090	INSTALLATION DE CONDOM	1 3	L m M J V S D	
		1 3	L m M J V S D	
2100	**INSTALLATION SONDE OU CATHÉTER VÉSICAL**	1 2 3	L m M J V S D	
		1 2 3	L m M J V S D	

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

ÉLIMINATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
2110	**SOINS EXTERNES DE SONDE VÉSICALE**	1 3	L m M J V S D	
		1 3	L m M J V S D	
2120	**DRAINAGE DU SAC COLLECTEUR**	1 3	L m M J V S D	
		1 3	L m M J V S D	
2130	**IRRIGATION VÉSICALE**	1 3	L m M J V S D	
		1 3	L m M J V S D	
2140	**IRRIGATION VÉSICALE CONTINUE**			
	. Début de l'irrigation **D**	1 3	L m M J V S D	
	. Fin de l'irrigation **F**	1 3	L m M J V S D	
2150	**INSTILLATION VÉSICALE**	3	L m M J V S D	
		3	L m M J V S D	
				Fréquence Nuit / Fréquence Jour
2160	**TUBE RECTAL INSTAL.**	1 3	L m M J V S D	F= (Nuit) F= (Jour)
		1 3	L m M J V S D	
2170	**CURAGE RECTAL**	3	L m M J V S D	
		3	L m M J V S D	
2180	**IRRIGATION RECTALE**	1 3	L m M J V S D	
$\overline{Y}$	**Y = 1 :** 0 à 500 cc **Y = 2 :** 501 cc et plus	1 3	L m M J V S D	
2190	**TOUCHER RECTAL**	3	L m M J V S D	
		3	L m M J V S D	
2200	**STIMULATION ANALE**	3	L m M J V S D	

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

ÉLIMINATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2206	**MASSAGE INTESTINAL**	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
	SOINS DE STOMIE																										
2210	REMPLACEMENT DU SAC (dispositif complet)																										
no. 1	*Encercler:*	1 2 3	L m M J V S D																								
X		1 2 3	L m M J V S D																								
	X: Type de stomie																										
no. 2	1. Illéostomie 2. Cystostomie	1 2 3	L m M J V S D																								
X	3. Iléostomie 4. Colostomie	1 2 3	L m M J V S D																								
	5. Autres: _____																										
2220	ENTRETIEN OU REMPLACEMENT DU SAC JETABLE																										
no. 1	*Encercler:*	1 2 3	L m M J V S D																								
X	**X:** Type de stomie	1 2 3	L m M J V S D																								
	1. Illéostomie																										
	2. Cystostomie																										
no. 2	3. Iléostomie	1 2 3	L m M J V S D																								
X	4. Colostomie	1 2 3	L m M J V S D																								
	5. Autres: _____																										
2230	**IRRIGATION DE COLOSTOMIE**																										
	W - Présence constante	1 2 3	L m M J V S D																								
W	jusqu'au retour complet de la solution d'irrigation	1 2 3	L m M J V S D																								
	1. non 2. oui	1 2 3	L m M J V S D																								
	AUTRES:_____																										
	_____																										
	_____																										
	_____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

HYGIÈNE

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	SOINS D'HYGIÈNE **X: Endroit** 1. Lavabo 3. Baignoire 2. Lit 4. Douche **Z: Nb. d'intervenants _____** **W - Présence constante** 1. Non 2. Oui																										
3031 _ _ _ X Z W	TOILETTE PARTIELLE	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
3041 _ _ _ X Z W	TOILETTE COMPLÈTE	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
3050 _ _ _ X Z W	TOILETTE GÉNITALE (non reliée à une incontinence)	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
3055 _ _ _ X Z W	HYGIÈNE LOCALISÉE *Préciser*: _____	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
	LAVAGE DE TÊTE			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
3090 _ W	SHAMPOING/RINÇAGE **W - Présence constante** 1. Non 2. Oui	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
3101 _ W	COUPE DE CHEVEUX/BIGOUDIS	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
3110	SHAMP. / EXTR. D'ADHÉR.	3	L m M J V S D																								
	SOINS DE BEAUTÉ																										
3131	MANUCURE	1 3	L m M J V S D																								
3132	PÉDICURIE	1 3	L m M J V S D																								
3140 _ W	RASAGE DE LA BARBE **W - Présence constante** 1. Non 2. Oui	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

HYGIÈNE

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
3142	ÉPILATION, RASAGE (menton, moustache)	3	L m M J V S D																								
3154	BIJOUX : METTRE	1 3	L m M J V S D																								
3155	BIJOUX : ENLEVER	1 3	L m M J V S D																								
3157	MAQUILLAGE	1 3	L m M J V S D																								
3158	DÉMAQUILLAGE	1 3	L m M J V S D																								
	HYGIÈNE BUCCALE																										
3160	TIGES MONTÉES	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
3170	BROSSAGE DES DENTS	1 2 3	L m M J V S D																								
$\overline{W}$	**W - Présence constante** 1. Non 2. Oui	1 2 3	L m M J V S D																								
	VÊTEMENTS CIVILS (habillage complet)																										
	Bénéficiaire: **X:** 1. Fonctionnel 2. Dysfonctionnel																										
	Z: Nb. d'intervenants _____			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	W - Présence constante 1. Non 2. Oui																										
3181	HABILLAGE	1 2 3	L m M J V S D																								
$\overline{X}$ $\overline{Z}$ $\overline{W}$		1 2 3	L m M J V S D																								
3191	DÉSHABILLAGE	1 2 3	L m M J V S D																								
$\overline{X}$ $\overline{Z}$ $\overline{W}$		1 2 3	L m M J V S D																								
	AUTRES:_____																										
	_____																										
	_____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

MOBILISATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	LEVER/COUCHER AVEC AIDE																										
	X: Compensation/Amputation 1. Non 2. Oui																										
4010	LEVER DU LIT OU FAUTEUIL	1 2 3	L m M J V S D																								
X Z	*Préciser:*	1 2 3	L m M J V S D																								
	X:_____																										
	Z: Nb. d'intervenants _____	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
4015	COUCHER OU ASSEOIR	1 2 3	L m M J V S D																								
X Z	*Préciser:*	1 2 3	L m M J V S D																								
	X:_____																										
	Z: Nb. d'intervenants _____	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4020	LEVER AVEC CIGOGNE	3	L m M J V S D																								
Z	**Z: Nb. d'intervenants**_____	3	L m M J V S D																								
4025	COUCHER AVEC CIGOGNE	3	L m M J V S D																								
Z	**Z: Nb. d'intervenants** _____	3	L m M J V S D																								
4030	**MARCHER AVEC AIDE DANS LE CORRIDOR**	1 2	L m M J V S D																								
X Z	**X = Compensation/Amputation**	1 2	L m M J V S D																								
	1. Non 2. Oui	1 2	L m M J V S D																								
	Préciser:																										
	X: _____																										
	Z:Nb.d'intervenants_____																										
4040	**POUSSER LE FAUTEUIL ROULANT OU GÉRIATRIQUE**	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

MOBILISATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4051 __/Z	**FRICTION / MASSAGE** **Z: Nb. d'intervenants: _____**	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
4052 __/Z	**INSTALLATION/ POSITIONNEMENT AU LIT** **Z: Nb. d'intervenants: _____**	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
4060 __/W	**EXERCICES MUSCULAIRES** EXERCICES PASSIFS ET/OU ACTIFS **W - Présence constante** 1. Non 2. Oui	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4070 __ __/X W	EXERCICES PASSIFS ET/OU ACTIFS STRUCTURÉS *Encercler:* **X: Rééducation à:** 1. court terme 2. long terme **W - Présence constante** 1. Non 2. Oui	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
4080 __/X	**MOYENS DE PROTECTION PHYSIQUE** **X:** Niveau d'agitation du bénéficiaire *Encercler:* 1. Non agité 2. Agité	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
	AUTRES : _____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

COMMUNICATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
5010	**COMMUNICATION INDIVIDUELLE DE SOUTIEN**	L m M J V S D L m M J V S D L m M J V S D	% Nuit / % Jour
5020 $\overline{X}$ $\overline{Y}$ $\overline{Z}$	**COMMUNICATION INDIVIDUELLE DE SOUTIEN (déficits cognitifs)**	L m M J V S D L m M J V S D L m M J V S D	% Nuit / % Jour
	X . Déficits cognitifs 1. Légers 2. Modérés légers 3. Modérés sévères 4. Sévères: actif 5. Sévères: passif	**Y** . Collaboration, participation 1. Bonne 2. Réticent pour certaines activités 3. Toujours réticent 4. Aucune participation, aucune réticence	**Z** . Stimulation, négociation 1. Non requise 2. Légère 3. Moyenne 4. Continuelle 5. Impossible
5030 $\overline{X}$ $\overline{Y}$ $\overline{Z}$	**COMMUNICATION INDIVIDUELLE DE SOUTIEN (problèmes psychiatriques)** **X** . Problèmes psychiatriques 1. Légers 2. Modérés 3. Sévères **Y** . Collaboration, participation **Z** . Stimulation, négociation	L m M J V S D L m M J V S D L m M J V S D	% Nuit / % Jour

	COLLECTE DE DONNÉES	JOURNÉE(S)	00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
5040	COLLECTE PARTIELLE	L m M J V S D L m M J V S D	
5050	COLLECTE COMPLÈTE	L m M J V S D	
5065	INVESTIGATION INTENSIVE PARTIELLE	L m M J V S D L m M J V S D	

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

COMMUNICATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
5071	BILAN FONCTIONNEL (préciser problème)	L m M J V S D																								
	_____	L m M J V S D																								
5072	BILAN QUOTIDIEN (préciser problème)	L m M J V S D																								
	_____	L m M J V S D																								
5073	TESTS (*Préciser*):_____	L m M J V S D																								
	_____	L m M J V S D																								
	PROGR. THÉR. DE RÉADAPTATION PSYCHO-SOCIALE																									
5074	CONCEPTION DU PROGRAMME	L m M J V S D																								

Cocher les domaines touchés par le programme conçu au moment de l'évaluation.

- ☐ Gestion de l'hygiène
- ☐ Gestion ménagère
- ☐ Gestion financière
- ☐ Gestion occupationnelle
- ☐ Démarches administratives
- ☐ Activités socio-professionnelles
- ☐ Autres, préciser : _____

			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
5075	ÉVALUATION DU PROGRAMME	L m M J V S D																								
		L m M J V S D																								
5076	GESTION DU PROGRAMME	L m M J V S D																								
5077	**ENTRETIEN PSYCHIATRE, INF., RÉSIDANT**	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

COMMUNICATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
5085	**ENSEIGNEMENT (bénéf. ou proches)** *Préciser:* a) _____ b) _____ c) _____	L m M J V S D	NBRE D'INTERVENANTS (SOINS INFIRMIERS) / DURÉE (MINUTES) / NBRE PARTICIPANTS / HEURE DE DÉBUT
5090	**RELATION D'AIDE**	L m M J V S D	COCHER LE OU LES SERVICE(S) DE TRAVAIL OÙ LA RELATION D'AIDE A EU LIEU — %
X	**X =1.** Minimale		
X	**2.** Modérée		
X	**3.** Intensive		
	4. Critique		
	Problème :		
	Objectif :		
	Intervention :		
5120	**RELATION D'AIDE AVEC LES PROCHES**	L m M J V S D	COCHER LE OU LES SERVICE(S) DE TRAVAIL OÙ LA RELATION D'AIDE A EU LIEU — %
X Z	**X =1.** Minimale **3.** Intensive		
	2. Modérée **4.** Critique		
X Z	**Z= 1**. Téléphonique **2.** Dans l'établissement		
	Problème :		
	Objectif :		
	Intervention :		

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

COMMUNICATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
	ACTIVITÉS INDIVIDUELLES OU DE GROUPE		NBRE D'INTERVENANTS / DURÉE (MINUTES) / NBRE PARTICIPANTS / HEURE DE DÉBUT
5130	RÉCRÉATIVES *Préciser (activité):*		
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
5140	THÉRAPEUTIQUES *Préciser (activité, problème, objectif):*		
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
5150	SORTIE SOCIO-THÉRAPEUTIQUE *Préciser (activité, problème, objectif):*		
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
		L m M J V S D	
	AUTRES_____ _____		

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

MÉDICATION

PRÉPARATION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS	MODE ASSIST	JOURNÉE(S)	HORAIRE																							
			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
6010 **Préparation de l'automédication** **X =** Nb. de médicaments à préparer $\bar{X}$ **X =** ____________		L m M J V S D																								
		L m M J V S D																								

NOM, POSOLOGIE, QUANTITÉ	6020 PO	6030 SG	6040 IR	6050 OVU	6060 GTE	6062 TC	MODE ASSIST	JOURNÉE(S)	HORAIRE																							
									00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
							1 2 3	L m M J V S D																								
									00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

COPYRIGHT © - EROS 1993 - Version 5.0

MÉDICATION

CODE	PRÉPARATION/ADMINISTRATION DE MÉD.	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	MÉDICAMENTS																										
6070	IM (INTRAMUSCULAIRE)	1 3	L m M J V S D																								
	*Préciser:*_____	1 3	L m M J V S D																								
6080	SC (SOUS-CUTANÉ)	1 3	L m M J V S D																								
	Préciser: _____	1 3	L m M J V S D																								
6090	ID (INTRA-DERMIQUE)	1 3	L m M J V S D																								
	*Préciser:*_____	1 3	L m M J V S D																								
	MÉDICAMENTS I.V. VIA			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
6100	SOLUTÉ	3	L m M J V S D																								
	*Préciser:*___ _____	3	L m M J V S D																								
6110	CYLINDRE GRADUÉ	3	L m M J V S D																								
	Préciser: ___ _____	3	L m M J V S D																								
	_____																										
6120	TUBULURE	3	L m M J V S D																								
	Y = Quantité																										
No. 1	**Y = 1** 1 à 2 cc	3	L m M J V S D																								
$\overline{Y}$	**Y = 2** 2.1 à 9 cc																										
	Y = 3 9.1 cc et plus	3	L m M J V S D																								
No. 2																											
$\overline{Y}$	*Préciser:* _____	3	L m M J V S D																								
	_____																										
6140	DIRECT DANS LA VEINE	1 3	L m M J V S D																								
$\overline{Y}$	(sans cathéter)																										
	Préciser: _____	1 3	L m M J V S D																								
	_____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

THÉRAPIE I.V.

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	THÉRAPIE INTRAVEINEUSE																										
7011 1/X Z	INSTALLATION PERFUSION	3	L m M J V S D																								
	Préciser: V.V. # 1:_____	3	L m M J V S D																								
1/X Z	**Z:** Nb. d'intervenants:_____	3	L m M J V S D																								
7020	VÉRIFICATION																										
	Préciser:																										
	Perfusion # 1:																										
1/X	Début de perfusion **D**	3	L m M J V S D																								
	Fin de perfusion **F**	3	L m M J V S D																								
1/X	Début de perfusion **D**	3	L m M J V S D																								
	Fin de perfusion **F**	3	L m M J V S D																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
7030 1/X	CHANGEMENT DE SOLUTÉS	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
7040 1/X	CHANGEMENT DE TUBULURE	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

THÉRAPIE I.V.

CODE		ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
7020		VÉRIFICATION																										
		Préciser:																										
		Perfusion # 2: (mini-sac)																										
	2/X	Début de perfusion **D**	3	L m M J V S D																								
	2/X	Fin de perfusion **F**	3	L m M J V S D																								
	2/X	Début de perfusion **D**	3	L m M J V S D																								
	2/X	Fin de perfusion **F**	3	L m M J V S D																								
7030	2/X	CHANGEMENT DE SOLUTÉS	3	L m M J V S D																								
			3	L m M J V S D																								
			3	L m M J V S D																								
7040	2/X	CHANGEMENT DE TUBULURE	3	L m M J V S D																								
			3	L m M J V S D																								
		SANG ET DÉRIVÉS			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
7050		PREMIÈRE TRANSFUSION ET	3	L m M J V S D																								
		CHANGEMENT TRANS-FUSION	3	L m M J V S D																								
7060		VÉRIFICATION																										
		Préciser:																										
		Début de perfusion **D**	3	L m M J V S D																								
		Fin de perfusion **F**	3	L m M J V S D																								
		Début de perfusion **D**	3	L m M J V S D																								
		Fin de perfusion **F**	3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

TRAITEMENTS

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8020	**DIALYSE PÉRITONÉALE AMBULATOIRE CONTINUE**	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
8060	**INSTALLATION DE SONDE GASTRIQUE**	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
8070	**DRAINAGE LIBRE**			Fréquence Nuit								Fréquence Jour															
	TUBE # 1: _____	3	L m M J V S D	F= ◯								F= ◯															
	TUBE # 2: _____	3	L m M J V S D	◯								◯															
8080	**DRAINAGE SOUS L'EAU**	3	L m M J V S D	F = ◯								F= ◯															
	TUBE: _____	3	L m M J V S D	◯								◯															
8090	**DRAINAGE AVEC SUCCION**	3	L m M J V S D	F= ◯								F= ◯															
	TUBE:_____	3	L m M J V S D	◯								◯															
8100	**OUVERTURE/FERMETURE**	3	L m M J V S D	F= ◯								F= ◯															
	TUBE:_____	3	L m M J V S D																								
	IRRIGATION			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8120	VAGINALE	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
8130	VULVAIRE	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
8140	AURICULAIRE	1 3	L m M J V S D																								
	__ Z *Encercler:* **Z=1:** 1 oreille **Z= 2:** 2 oreilles	1 3	L m M J V S D																								
				Fréquence Nuit								Fréquence Jour															
8150	GASTRIQUE	3	L m M J V S D	F= ◯								F= ◯															
		3	L m M J V S D	◯								◯															

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

TRAITEMENTS

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
8180 __ W	**TREMPAGE D'UN MEMBRE** **W - Présence constante** 1. Non 2. Oui	1 2 3	L m M J V S D	
		1 2 3	L m M J V S D	
8190 __ W	**BAIN DE SIÈGE** **W - Présence constante** 1. Non 2. Oui	1 2 3	L m M J V S D	
		1 2 3	L m M J V S D	
8200 __ Z	**SAC DE GLACE OU D'EAU CHAUDE**	1 3	L m M J V S D	
__ Z	**Z = Nb. de sacs** Z = _____	1 3	L m M J V S D	
	PROTHÈSE/ORTHÈSE/ BAS/BANDAGE			
	PROTHÈSE AUDITIVE *Encercler:* **Z=1:** 1 oreille **Z=2:** 2 oreilles			Fréquence Nuit / Fréquence Jour
		1 3	L m M J V S D	F= ⬭ F= ⬭
8260 __ Z	INSTALLER, AJUSTER	1 3	L m M J V S D	⬭ ⬭
		1 3	L m M J V S D	F= ⬭ F= ⬭
8265 __ Z	ENLEVER	1 3	L m M J V S D	⬭ ⬭
	COQUILLE OU PROTHÈSE OCULAIRE *Encercler:* **Z=1:** 1 oeil **Z=2:** 2 yeux			
8270 __ Z	INSTALLER	1 3	L m M J V S D	
8275 __ Z	ENLEVER	1 3	L m M J V S D	
	BAS THÉRAPEUTIQUE *Encercler:* **Z=1:** 1 bas **Z=2:** 2 bas			
8280 __ Z	INSTALLER	1 3	L m M J V S D	
8285 __ Z	ENLEVER	1 3	L m M J V S D	

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

TRAITEMENTS

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	BANDAGE COMPRESSIF AUX JAMBES / *Encercler:* **Z=1:** 1 bandage **Z=2:** 2 band.																										
8286 Z	INSTALLER	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
8287 Z	ENLEVER	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
	BANDAGE (autre)																										
8290	INSTALLER	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
8295	ENLEVER *Préciser:*_____	1 3	L m M J V S D																								
	_____	1 3	L m M J V S D																								
	PROTHÈSE OU ORTHÈSE ORTHOPÉDIQUE																										
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8300	INSTALLER	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
8305	ENLEVER *Préciser:* _____	1 2 3	L m M J V S D																								
	_____	1 2 3	L m M J V S D																								
		1 2 3	L m M J V S D																								
	CORSET MOULÉ CERVICO OU DORSO-LOMBAIRE																										
8310	INSTALLER	3	L m M J V S D																								
8315	ENLEVER	3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

TRAITEMENTS

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	FAUTEUIL ROULANT APPAREILLÉ																										
8321	MONTER	3	L m M J V S D																								
8326	DÉMONTER	3	L m M J V S D																								
	PLAIE																										
8380	TAMPONNEMENT NASAL	3	L m M J V S D																								
8390	POINTS DE SUTURE OU AGRAFES - ENLEVER	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
8400	MÈCHE OU PANSEMENT - ENLEVER	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
8410	INSTALLATION DE CATHÉTER DANS UNE PLAIE	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
8420	IRRIGATION DE PLAIE *Préciser:*																										
	# 1:_____	3	L m M J V S D																								
	# 2:_____	3	L m M J V S D																								
8430	NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DE PLAIE À L'AIR *Préciser:*			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	# 1:_____	1 3	L m M J V S D																								
	# 2:_____	1 3	L m M J V S D																								
	# 3:_____	1 3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
8440	DÉSINFECTION VULVAIRE OU SCROTALE	3	L m M J V S D																								
8450	LAMPE THÉRAPEUTIQUE	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

TRAITEMENTS

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	PANSEMENT																										
8481	PANSEMENT SIMPLE	1 3	L .m M J V S D																								
	Préciser:																										
	# 1: _____	1 3	L m M J V S D																								
	# 2: _____	1 3	L m M J V S D																								
	# 3:_____	1 3	L m M J V S D																								
8491	PANSEMENT ASEPTIQUE																										
	Préciser:																										
	# 1: _____	3	L m M J V S D																								
	# 2: _____	3	L m M J V S D																								
	# 3: _____	3	L m M J V S D																								
8500	ASEPTIQUE - RENFORCER	3	L m M J V S D																								
	Préciser: _____	3	L m M J V S D																								
8511	PANSEMENT DE PLAIE AVEC ÉCOULEMENT																										
	Z = Nb. de drain:_____	3	L m M J V S D																								
	Préciser:																										
Z	# 1: _____	3	L m M J V S D																								
Z	# 2: _____	3	L m M J V S D																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8521	PANSEMENT DE RÉGÉNÉ-RATION DE LA PEAU	3	L m M J V S D																								
	X: grandeur de la plaie																										
	1. # 2 cm	3	L m M J V S D																								
X	**2.** > 2 # 4 cm	3	L m M J V S D																								
	3. > 4 cm																										
	Préciser: _____																										
8570	**DÉBRIDEMENT DE PLAIE**	3	L m M J V S D																								
	X: grandeur de la plaie																										
X	**1.** # 3 cm	3	L m M J V S D																								
	2. > 3 cm	3	L m M J V S D																								
	Préciser: _____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

TRAITEMENTS

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8580	**APPLICATION D'ONGUENT <u>SANS</u> ENVELOPPEMENT** **Z:** % surface corporelle *Préciser:*																										
		1 3	L m M J V S D																								
Z		1 3	L m M J V S D																								
Z		1 3	L m M J V S D																								
Z																											
8591	**APPLICATION D'ONGUENT <u>AVEC</u> ENVELOPPEMENT** **Z:** % surface corporelle *Préciser:*																										
		3	L m M J V S D																								
Z		3	L m M J V S D																								
Z		3	L m M J V S D																								
Z																											
8630	**TECHNIQUE DE PRÉCAUTION LIMITÉE** *Préciser (soins/raison):*			Fréquence Nuit								Fréquence Jour															
		3	L m M J V S D	F= ⬭								F= ⬭															
		3	L m M J V S D	⬭								⬭															
		3	L m M J V S D	⬭								⬭															
8640	**TECHNIQUE D'ISOLEMENT ÉTENDUE**			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	D	3	L m M J V S D																								
	F	3	L m M J V S D																								
	Préciser (raison):																										
	AUTRES : _____																										
	_____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
	OBSERVATION			Fréquence Nuit / Fréquence Jour
9010	BIO-PSYCHO-SOCIALE **(à intervalles)** *Préciser*: _____	3	L m M J V S D	F= ◯ F= ◯
		3	L m M J V S D	◯ ◯
	_____	3	L m M J V S D	◯ ◯
				NBRE D'INTERVENANTS (SOINS INFIRMIERS) / DURÉE (MINUTES) / NBRE BÉNÉFICIAIRES / HEURE DE DÉBUT
9020	BIO-PSYCHO-SOCIALE **(constante)** *Préciser:*_____			
		3	L m M J V S D	
	_____	3	L m M J V S D	
	_____			
	SIGNES VITAUX			00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
	A) TEMPÉRATURE			
9030	**- buccale**	1 3	L m M J V S D	
		1 3	L m M J V S D	
9032	**- tympanique**	1 3	L m M J V S D	
		1 3	L m M J V S D	
9040	**- rectale**	3	L m M J V S D	
		3	L m M J V S D	
9050	**- axillaire**	1 3	L m M J V S D	
		1 3	L m M J V S D	
		1 3	L m M J V S D	
9060	B) RESPIRATION	3	L m M J V S D	
		3	L m M J V S D	
		3	L m M J V S D	

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9070	C) PULSATION	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
9080	D) TENSION ARTÉRIELLE	3	L m M J V S D																								
X Z	**X:** Nb. de membre(s) par position: _____	3	L m M J V S D																								
	Z: Combien de position(s)	3	L m M J V S D																								
9090	**SIGNES NEUROLOGIQUES**	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
9100	**SIGNES VASCULAIRES**	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
9105	**SATUROMÉTRIE**	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	DOSAGE INGESTA																										
9210	P.O.	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
9220	PAR TUBE																										
Z	**Z:** Nb. de tubes: _____	3	L m M J V S D																								
	Préciser: # 1: _____	3	L m M J V S D																								
	# 2: _____																										
9230	PAR V.V.	3	L m M J V S D																								
Z	**Z:** Nb. de V.V.: _____	3	L m M J V S D																								
		3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	DOSAGE EXCRETA																										
9240	PAR VOIE NATURELLE	1 3	L m M J V S D																								
		1 3	L m M J V S D																								
9250	PAR TUBES OU BOUTEILLES	3	L m M J V S D																								
Z	**Z:** Nb. de tubes, drains ou bouteilles	3	L m M J V S D																								
	Préciser: _____	3	L m M J V S D																								
	PESÉE/MENSURATION																										
9260	PESÉE	2 3	L m M J V S D																								
Z		2 3	L m M J V S D																								
	Z: Nb. d'intervenants:_____			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9270	MENSURATION	3	L m M J V S D																								
Z	**Z:** Nb. d'intervenants:_____	3	L m M J V S D																								
	COLLECTE DE 24 HEURES																										
9280	EXPECTORATIONS																										
	Début de la collecte **D**	1 3	L m M J V S D																								
	Fin de la collecte **F**	1 3	L m M J V S D																								
9290	URINE																										
	Début de la collecte **D**	1 3	L m M J V S D																								
X	Fin de la collecte **F**	1 3	L m M J V S D																								
	X: 1. sans sonde **X:** 2. avec sonde																										
9300	**FILTRAGE DES URINES**			Fréquence Nuit								Fréquence Jour															
		3	L m M J V S D	F=								F=															
		3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

CODE		ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		PRÉLÈVEMENT, ANALYSE SIMPLE																										
9310		SÉCRÉTIONS (ORL, PLAIE, TRACHÉE)	3	L m M J V S D																								
			3	L m M J V S D																								
			3	L m M J V S D																								
9320		SELLES	1 3	L m M J V S D																								
			1 3	L m M J V S D																								
			1 3	L m M J V S D																								
9350		URINE (ANALYSE)	1 2 3	L m M J V S D																								
			1 2 3	L m M J V S D																								
			1 2 3	L m M J V S D																								
					00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9360		URINE (CULTURE)	1 2 3	L m M J V S D																								
		X: 1. sans sonde	1 2 3	L m M J V S D																								
	X	**X:** 2. avec sonde	1 2 3	L m M J V S D																								
9380		SANG																										
		Préciser: _____	3	L m M J V S D																								
		_____	3	L m M J V S D																								
		_____	3	L m M J V S D																								

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE 00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	TEST SIMPLE À L'UNITÉ																										
9391	TEST SUR LES URINES	1 3	L m M J V S D																								
	Préciser: _____	1 3	L m M J V S D																								
	_____																										
9401	TEST SUR LE SANG	1 3	L m M J V S D																								
	Préciser: _____	1 3	L m M J V S D																								
9402	TEST D'ALCOOLÉMIE		L m M J V S D																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9430 W	**ASSISTANCE À UN EXAMEN** **W - Présence constante** *Encercler:* **1**. Non **2.** Oui . examen physique . rayons-X . autres: _____																										
		2 3	L m M J V S D																								
		2 3	L m M J V S D																								
	_____	2 3	L m M J V S D																								
9445 W	**ASSISTANCE LORS D'UNE PROCÉDURE MÉDICALE** **W - Présence constante** *Encercler:* **1.** Non **2.** Oui . ponction lombaire . sutures . autres: _____																										
		2	L m M J V S D																								
		2	L m M J V S D																								
		2	L m M J V S D																								
	AUTRES: _____																										
	_____																										
	_____																										

COPYRIGHT © EROS 1993 - Version 5.0