



DT9228

ÉVOLUTION EN PHASE CRITIQUE DE SOINS DE L'USAGER INTOXIQUÉ

Date et heure de l'évaluation médicale	Année	Mois	Jour	Heure	:
Lieu de l'évaluation					
<input type="checkbox"/> Urgence	<input type="checkbox"/> Soins intensifs	<input type="checkbox"/> Étage	<input type="checkbox"/> Psychiatrie		
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____					

Centre antipoison du Québec
Téléphone : 1 800 463-5060

Signes vitaux au moment de l'évaluation					
FC : _____ /min	Rythme cardiaque : _____	FR : _____ /min	Tension artérielle : _____ / _____	SpO ₂ : _____ %	
O ₂ administré : _____	Température : _____ °C (rectale/buccale)	Glycémie capillaire : _____ mmol/l	Glasgow : _____		
Décontamination en cours		<input type="checkbox"/> Décontamination externe, préciser : _____			
<input type="checkbox"/> Décontamination interne			Antidote en cours :		
Heure	Nom	Dosage	Voie	Heure	Nom
			Dosage		
			Voie		
Système	Précisions et détails sur les interventions				
Neurologique	<input type="checkbox"/> Sédationné Échelle de sédation : _____ Score : _____ Heure Nom Dosage/voie				
	<input type="checkbox"/> Bloqueurs neuro-musculaires			Médication :	
	Heure	Nom	Dosage/voie	Heure	Nom
État clinique (histoire, examen physique) :					
Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Intubé/ventilé <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie hyperbare <input type="checkbox"/> Oxygénation extracorp. (ECMO)				
	Médication :			Dosage/voie	
	Heure	Nom			
État clinique :					
Cardio-vasculaire	Vasopresseurs/inotropes			Médication :	
	Heure	Nom	Dosage/voie	Heure	Nom
				Dosage/voie	
<input type="checkbox"/> Normal					
<input type="checkbox"/> Cardiomoteur (externe/interne) <input type="checkbox"/> Ballon intra-aort. <input type="checkbox"/> Circulation extra-corp.					
État clinique :					
Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/> Alimentation PO <input type="checkbox"/> Alimentation entérale <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale				
	Médication :			Dosage/voie	
	Heure	Nom			
État clinique :					
Génito-urinaire et métabolique	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire Débit urinaire : _____ ml/h <input type="checkbox"/> Bilan volémique <input type="checkbox"/> Alcalinisation des urines				
	<input type="checkbox"/> Hémodialyse <input type="checkbox"/> Hémofiltration <input type="checkbox"/> Hémodiafiltration				
	Heure	Nom	Dosage/voie		
État clinique :					
Peau et muqueuses	<input type="checkbox"/> Réchauffement (externe/interne) (passif/actif) <input type="checkbox"/> Refroidissement externe				
	Médication :			Dosage/voie	
	Heure	Nom			
État clinique :					
Hémato	Produits sanguins : Culots _____ (nombre) Plasma frais congelé _____ (nombre) Plaquettes _____ (nombre)				
	Médication :			Dosage/voie	
	Heure	Nom			
État clinique :					
Autre(s)	Chirurgie requise, préciser : _____				
	Médication :			Dosage/voie	
Impressions diagnostiques			Plan		
_____			_____		
_____			_____		
Recommandations du CAPQ si sollicité :					
Signature du médecin responsable				N° de pratique	