

Guide d'interprétation du formulaire

TRAUMATOLOGIE

Notes d'évolution en soins infirmiers

Révision du guide et du formulaire

Hélène L'Homme
Direction adjointe des services de traumatologie

Ministère de la Santé et des Services sociaux**Composition du groupe de travail****Coordination
des travaux**

Daniel Messier, Coordonnateur clinico-administratif,
Programme de traumatologie, Hôpital Charles Lemoyne

Membres

Daniel Bellemare, infirmier chef, urgence,
Centre Hospitalier Santa Cabrini de Montréal

Danièle Dallaire, infirmière clinicienne spécialisée,
Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec, Hôpital Enfant Jésus

Sylvie Desjardins, conseillère en soins spécialisés,
Hôpital Charles Lemoyne

Line Dumas, infirmière, urgence, Centre Hospitalier Santa Cabrini de Montréal,
représentante de l'Association des Infirmières et Infirmiers d'Urgence du Québec
(AIIUQ)

Manon Fabi, infirmière conseil au Développement et Soutien Professionnel,
représentante de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ)

Andrée Gamache, conseillère en soins spécialisés,
Hôpital du Haut Richelieu

Sophie Gamache, conseillère en soins spécialisés,
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Diane Loiseau, infirmière, Centre universitaire de santé McGill,
Hôpital Royal Victoria ; Instructor trainer TNCC

Cathlyn Robinson, infirmière clinicienne spécialisée urgence,
Centre Universitaire de Santé McGill, Hôpital Général de Montréal

**Membres
remplaçants**

Marie-Claude Bélanger, conseillère en soins spécialisés intérimaire, Hôpital
du Sacré-Cœur de Montréal, en remplacement de Madame Sophie Gamache

Patricia Boyer, infirmière, Centre Universitaire de Santé McGill,
Hôpital Général de Montréal, en remplacement de Madame Cathlyn Robinson

Carine Sauvé, infirmière, conseillère AIIUQ, responsable comité normes,
comité formation, comité scientifique, en remplacement de Madame Line Dumas

Remerciements

Le groupe de travail ayant contribué à la conception de ce document remercie sincèrement toutes les personnes qui ont participé à la validation du formulaire. Leurs commentaires pertinents et judicieux ont permis de bonifier l'outil et de répondre adéquatement aux besoins des infirmières et infirmiers utilisateur. Nous remercions aussi les intervenants des centres hospitaliers suivants pour leurs commentaires :

- Centre Universitaire de Santé de McGill, Hôpital Général de Montréal;
- Hôpital Sainte-Justine;
- Hôpital du Haut Richelieu;
- Centre Hospitalier Laurentien;
- Hôpital Santa Cabrini;
- Hôpital Sacré-Cœur de Montréal;
- Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec, Hôpital Enfant Jésus;
- Hôpital Charles Lemoine.

Merci à tous les chefs de service d'urgence du Québec qui nous ont fait parvenir leur formulaire maison afin de nous inspirer.

Finalement, un merci particulier à Madame Céline Thibault et Monsieur Joël Brodeur de l'OIIQ pour leur appui et leurs précieux conseils.

Introduction

Dans le contexte actuel, un des défis majeurs est d'accroître l'efficacité des services tout en assurant la qualité des soins offerts aux clients. La documentation en soins infirmiers devrait constituer un apport à l'évaluation de la qualité des soins dans une perspective d'amélioration continue (OIIQ, 2002)¹.

Le présent Guide d'interprétation du formulaire

« Traumatologie Notes d'évolution en soins infirmiers » a pour objectifs :

- Faciliter l'inscription des notes d'évolution en soins infirmiers en complétant les éléments des différentes sections en lien avec les soins infirmiers prodigués aux victimes de traumatisme.
- Fournir des notes d'évolution de qualité en termes de pertinence, de structure, de précision et de clarté;

Dans le présent guide, nous définissons les différentes sections pour en faciliter l'utilisation et l'implantation.

Généralités

Ce formulaire de prise en charge de l'utilisateur polytraumatisé répond à des exigences professionnelles en termes :

- d'évaluation
- de décisions cliniques
- d'interventions effectuées
- de résultats obtenus
- de réactions de l'utilisateur

Vous devez utiliser un crayon à encre sèche pour éviter l'altération des inscriptions si le formulaire était accidentellement souillé par un liquide. Il n'est pas autorisé d'utiliser un crayon à base fluorescente.

Bien identifier le formulaire au nom de l'utilisateur pour éviter tout risque d'erreur subséquente. Identifier aussi le nom de l'établissement dans le haut du formulaire dans l'espace « CH receveur » pour éviter toute confusion lors de transferts multiples à moins que le nom de l'établissement soit déjà gravé sur la carte de l'utilisateur. De plus, un espace est réservé dans le haut de chacune des pages du formulaire afin d'inscrire le nom de l'utilisateur ainsi que son numéro de dossier.

Compléter uniquement les informations pertinentes et laisser les espaces libres si les éléments d'information sont inconnus.

Pour ne pas alourdir le formulaire, nous avons remplacé « Inconnu » par « ? ».

¹ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2002).
Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers, Montréal, OIIQ.

Abréviations

°C	Celsius
CCMS	Coloration, chaleur, mouvement, sensibilité
CT	Computed tomography
DDM	Date des dernières menstruations
D	Droit
Dem.	Demandée
Chir.	Chirurgie
ECG	Électrocardiogramme
FiO ₂	Fraction de l'oxygène inspirée
FR	Fréquence respiratoire
G	Gauche
h	Heure
kg	Kilogramme
km/h	Kilomètre par heure
Ln	Lunette nasale
MD	Médecin
m	Mètre
MID	Membre inférieur droit
MIG	Membre inférieur gauche
MSD	Membre supérieur droit
MSG	Membre supérieur gauche
ml	Millilitre
min	Minute
mmHg	Millimètre de mercure
mm	Millimètre
mmol/L	Millimol par litre
Naso	Nasopharyngée
N°	Numéro
Oro	Oropharyngée
O ₂	Oxygène
Pls	Pouls
Sem.	Semaine
SpO ₂ (%)	Saturation pulsatile en oxygène
Un	Unité
T.A.	Tension artérielle
T°	Température

Table des matières

Section	Page
1 Modalités d'arrivée/provenance	1
2 Mécanisme du traumatisme	2
3 Interventions avant l'arrivée	5
4 Antécédents	7
5 Personne avisée	9
6 Équipe trauma	10
7 Évaluation primaire et interventions	
A- Voies respiratoires/colonne cervicale	11
B- Ventilation/respiration	14
C- Circulation	17
D- État neurologique	19
E- Exposition de l'usager/contrôle de l'environnement	20
F- Interventions	21
G- Examen tête aux pieds/inspection/palpation surfaces postérieures	22
H- Famille	27
Signes vitaux et évaluation neurologique	28
8 Radiographie/tomodensitométrie/échographie/ angiographie/autres procédures diagnostiques	31
9 Dosage ingesta	32
10 Dosage excreta	33
11 Prélèvements	34
12 Médications	35
13 Notes de l'infirmière	36
14 Départ de la salle de traumatologie	37
Feuille complémentaire	38

TRAUMATOLOGIE
Notes d'évolution
en soins infirmiers



DT9165

CH receveur				
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Âge	Taille	Poids	
		m	kg	

1- MODALITÉS D'ARRIVÉE/PROVENANCE				
Date	Année	Mois	Jour	Heure préavis
				Heure d'arrivée
<input type="checkbox"/> Sur pied <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Transfert de : _____				

Date/heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure	?
					<input type="checkbox"/>

2- MÉCANISME DU TRAUMATISME		Voir le formulaire médical AH-450
Automobile ou camion	Autre véhicule	
Impact contre : _____ <input type="checkbox"/> Impact haute vélocité <input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h <input type="checkbox"/> Autre occupant décédé <input type="checkbox"/> Éjection : _____ m <input type="checkbox"/> Usager sorti de lui-même <input type="checkbox"/> Tonneaux : _____ <input type="checkbox"/> Déformation/intrusion de l'habitacle <input type="checkbox"/> Incarcération : _____ min Ceinture : <input type="checkbox"/> 3 points <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> ? Coussin déployé : <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Latéral <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ? Siège d'enfant : <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ? Indiquez la position du traumatisé avant l'impact avec un X Indiquez avec un <input checked="" type="checkbox"/> le point d'impact 	<input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicyclette <input type="checkbox"/> Autre : _____ Impact contre : _____ <input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h <input type="checkbox"/> Éjection : _____ m <input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/> Autre occupant décédé <input type="checkbox"/> Casque : <input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Brisé <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ? Divers <input type="checkbox"/> Piéton <input type="checkbox"/> Chute : hauteur : _____ m Impact contre : _____ <input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h <input type="checkbox"/> Arme à feu <input type="checkbox"/> Objet coupant <input type="checkbox"/> Objet contondant <input type="checkbox"/> Électrisation <input type="checkbox"/> Écrasement <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Particularités :		

3- INTERVENTIONS AVANT L'ARRIVÉE			Indice pré-hospitalier (IPT)		/24
A- Voies respiratoires/colonne cervicale	B- Ventilation/respiration	C- Circulation			
<input type="checkbox"/> Canule oro <input type="checkbox"/> Canule naso <input type="checkbox"/> Intubation : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/> Combitube <input type="checkbox"/> Collet cervical <input type="checkbox"/> Planche dorsale <input type="checkbox"/> Matelas immobilisateur	<input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Ballon masque <input type="checkbox"/> Assistée mécaniquement <input type="checkbox"/> O ₂ _____ %	<input type="checkbox"/> Accès veineux (encerclé) : 1 2 3 Quantité reçue : _____ ml <input type="checkbox"/> Défibrillation <input type="checkbox"/> RCR début : _____ h <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Pansement			
D- État neurologique	Derniers signes vitaux				
A V P U GSC : _____ /15 _____ /15 Perte de conscience : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Oui Durée : _____ min Amnésie événement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Oui	TA _____ mmHg Pls _____ /min FR _____ /min T° _____ °C Sp O ₂ _____ % Divers : <input type="checkbox"/> Sonde gastrique <input type="checkbox"/> Sonde vésicale <input type="checkbox"/> Drain thoracique G D <input type="checkbox"/> Médication reçue : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____				

4- ANTÉCÉDENTS	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?	MÉDICATION	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?	ALLERGIES	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?				
DDM	Année	Mois	Jour	Grossesse	sem	Dernier repas	h	Tétanos : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Année

5- PERSONNE AVISÉE	<input type="checkbox"/> Accepte que l'on avise une personne significative <input type="checkbox"/> Refuse	Avisé par :	h
Nom de la personne	Lien de parenté	Ind. rég.	N° de téléphone
		<input type="checkbox"/> Pas de réponse	<input type="checkbox"/> Message laissé sur le répondeur
Particularités :			

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

6- ÉQUIPE TRAUMA		<input type="checkbox"/> Activation de l'équipe trauma h					
Professionnels	Nom	Appel	Arrivée	Spécialité	Nom	Appel	Arrivée
Chef d'équipe trauma (TTL)				Chir. générale			
Urgentologue				Neuro-chirurgie			
Urgentologue				Orthopédie			
Infirmière				Anesthésie			
Infirmière				Plastie			
Infirmière				Maxillo-facial			
Inhalothérapeute							

ÉVALUATION INITIALE Début : _____ h Fin : _____ h **INTERVENTIONS**

7A- VOIES RESPIRATOIRES/COLONNE CERVICALE	
<input type="checkbox"/> Libres Vocalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Obstruées : <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Sécrétions <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Vomissement Immobilisation col. cerv. : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Particularités : _____	Ouverture voies respiratoires <input type="checkbox"/> Retrait de corps étranger <input type="checkbox"/> Traction mandibulaire (<i>Jaw Thrust</i>) <input type="checkbox"/> Traction mentonnaire (<i>Chin Lift</i>) Aspiration : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/> Trachéale Canule : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso n° _____ par : _____ h Intubation : _____ par : _____ h Crico : <input type="checkbox"/> Aiguille <input type="checkbox"/> Chir. n° _____ par : _____ h Maintien immo. col. cerv. : <input type="checkbox"/> Oui Cessé par : _____ MD Particularités : _____ à _____ h

B- VENTILATION/RESPIRATION																												
<input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Assistée Fréquence resp. : _____ /min. Élévation thoracique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Amplitude : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle Mouvements thoraciques : <input type="checkbox"/> Symétriques <input type="checkbox"/> Asymétriques Utilis. muscles acces./abd. : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Murmures vésiculaires : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Emphysème sous-cutané : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Jugulaires distendues : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non évalué Déviation trachée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Plaie thor. pénétrante : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Particularités : _____	Oxygène <input type="checkbox"/> Ballon masque <input type="checkbox"/> Masque O ₂ _____ % <input type="checkbox"/> LN _____ l/min Ventilation mécanique : _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Drain thoracique</th> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N° drain</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Présence de drainage</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Aspect du drainage</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Succion</td> <td><input type="checkbox"/> Oui :</td> <td><input type="checkbox"/> Oui :</td> </tr> <tr> <td>Inséré par</td> <td>à</td> <td>h</td> </tr> <tr> <td>Thoracocentèse à l'aiguille : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G n° _____ par : _____ h</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pansement trois côtés : _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Particularités : _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Drain thoracique	D	G	N° drain			Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Aspect du drainage			Succion	<input type="checkbox"/> Oui :	<input type="checkbox"/> Oui :	Inséré par	à	h	Thoracocentèse à l'aiguille : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G n° _____ par : _____ h			Pansement trois côtés : _____			Particularités : _____		
Drain thoracique	D	G																										
N° drain																												
Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																										
Aspect du drainage																												
Succion	<input type="checkbox"/> Oui :	<input type="checkbox"/> Oui :																										
Inséré par	à	h																										
Thoracocentèse à l'aiguille : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G n° _____ par : _____ h																												
Pansement trois côtés : _____																												
Particularités : _____																												

C- CIRCULATION													
Peau : Couleur : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Cyanosée <input type="checkbox"/> Marbrée Température : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Chaude Texture : <input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Moite <input type="checkbox"/> Diaphorétique Remplissage capillaire : <input type="checkbox"/> Normal (< 2 sec) <input type="checkbox"/> Retardé (> 2 sec) Saignement actif : (site) N° 1 _____ N° 2 _____ N° 3 _____ Particularités : _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Accès veineux/intra-osseux (site/n°)</th> <th>Par</th> <th>h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N° 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° 3</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire : _____ <input type="checkbox"/> Pression directe site 1 2 3 <input type="checkbox"/> Pans. compressif site 1 2 3 <input type="checkbox"/> Réchauffe-liquide : _____ <input type="checkbox"/> Soluté chaud <input type="checkbox"/> Perfuseur à haut débit <input checked="" type="checkbox"/> Voir bilan dosage ingesta/excreta Particularités : _____	Accès veineux/intra-osseux (site/n°)	Par	h	N° 1			N° 2			N° 3		
Accès veineux/intra-osseux (site/n°)	Par	h											
N° 1													
N° 2													
N° 3													

D- ÉTAT NEUROLOGIQUE	
Pupilles : Dimension G _____ mm D _____ mm Réaction G _____ D _____ Lentilles cornéennes en place : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non État de conscience : <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> P (douleur) <input type="checkbox"/> U (ne réagit pas) Particularités : _____	<input type="checkbox"/> Contentions : Type : _____ Par : _____ h Particularités : _____

INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES

Nom de l'usager	N° de dossier
-----------------	---------------

ÉVALUATION SECONDAIRE Début : _____ h Fin : _____ h **INTERVENTIONS**

E- EXPOSITION DE L'USAGER/CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT

Température rectale : _____ °C _____ h L'usager dévêtu Matelas chauffant : _____ h Couvertures chaudes
 Thermostat ajusté ≥ 25° : _____ h Autre : _____

F- INTERVENTIONS

Moniteur cardiaque installé Rythme : _____
 Saturomètre installé ECG _____ h dem. _____ h fait

	Sonde gastrique	Sonde urinaire
Sonde (type, site, n°)		
Inséré par _____ à _____ h		
Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Aspect du drainage		
Bâtonnet réactif (sang)		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non-fait

G- EXAMEN TÊTE AUX PIEDS/INSPECTION/PALPATION SURFACES POSTÉRIEURES Voir formulaire médical AH-450

Cranio-facial Normal

Crâne Signe de Battle : G _____ D _____
 Otorrhée : G _____ D _____
Visage Rhinorrhée : G _____ D _____
 Lentilles cornéennes enlevées G D Signe des yeux de raton laveur
Cou Crépitements (palpation)
 Particularités : _____

Thorax Normal

Crépitements (palpation)
Auscultation/bruits pulmonaires : Présent G D
 Diminué G D Absent G D Crépitants G D Sifflements G D
Auscultation/bruits cardiaques :
 Présents Diminué
 Particularités : _____

Abdomen Normal

Nausée Vomissement
 Distension
Péristaltisme : Présent Diminué Absent
Palpation : Souple Sensible Rigide Réaction de protection
 Particularités : _____

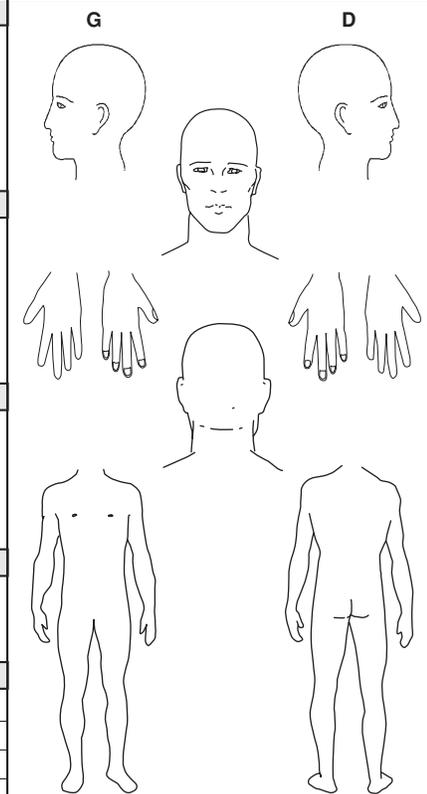
Bassin/génito-urinaire Normal

Saignement
 Instabilité du bassin Crépitements (palpation)
 Particularités : _____

Extrémités/CCMS/pouls Normal

	MSD <input type="checkbox"/> Normal	MSG <input type="checkbox"/> Normal	MID <input type="checkbox"/> Normal	MIG <input type="checkbox"/> Normal
Chaleur				
Couleur				
Mouvement				
Sensibilité				
Pouls absent				
Attelles				

Particularités : _____



Légende

A : abrasion **DFORM** : déformation **O** : œdème
B : brûlures **E** : ecchymose **P** : plaie
D : douleur **L** : lacération
Autre : _____

H- FAMILLE

Présence Non Oui : _____ h Informations données à la famille par : _____ h
 Service social : _____ Autre : _____

INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES

Nom de l'usager	N° de dossier
-----------------	---------------

8- RADIOGRAPHIE/TOMODENSITOMÉTRIE/ÉCHOGRAPHIE/ANGIOGRAPHIE ET AUTRES PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES

	h dem.	h fait	h départ	h retour	Accompagné par		h dem.	h fait	h départ	h retour	Accompagné par
<input type="checkbox"/> Poumons					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Bassin					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Colonne C T L					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Écho. ciblée (FAST)					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Écho. abd.					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Tête					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Cervicale					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Thorax					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Abdomen					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inhalo. <input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					

9- DOSAGE INGESTA

h	N° sac	Solutés/débit	Quantité reçue	Initiales inf. si MD avisé	h	Produits sanguins/ Autres produits	Quantité reçue	Initiales inf. si MD avisé		
Total solutés						Total produits				
Protocole de transfusion massive							Début	h	Fin	h

10- DOSAGE EXCRETA

h	Urine	h	Vomissement	Sonde gastrique	h	Drain thor. droit	Drain thor. gauche	h	Sang/ Plaies	Autres
Total		Total			Total			Total		

GRAND TOTAL :

INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES

Section 1

1- MODALITÉS D'ARRIVÉE/PROVENANCE					
Date	Année	Mois	Jour	Heure préavis	Heure d'arrivée
<input type="checkbox"/> Sur pied <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Autre : _____					
<input type="checkbox"/> Transfert de : _____					

Date/heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure	?
?					<input type="checkbox"/>

1- MODALITÉS D'ARRIVÉE/PROVENANCE

Date

Le terme « **Date** » fait référence à la date du début de la prise en charge. Inscrire la date selon la norme internationale soit l'année, le mois et le jour (a/m/j).

- Inscrire la date d'arrivée de l'utilisateur à votre établissement.

Heure préavis et heure d'arrivée

L'expression « **Heure préavis** » fait référence à l'heure du préavis donné par le technicien ambulancier.

- Inscrire l'heure du préavis effectué à votre établissement.

L'expression « **Heure d'arrivée** » fait référence à l'heure d'arrivée de l'utilisateur.

- Inscrire l'heure d'arrivée de l'utilisateur à votre établissement.

Identifier les modalités d'arrivée/provenance en cochant les cases suivantes :

- Cocher la case « **Sur pied** », signifie que l'utilisateur est arrivé par ses propres moyens à l'urgence.
- Cocher la case « **Ambulance** », signifie que l'utilisateur est arrivé à l'urgence avec les services de transport ambulancier.
- Cocher la case « **Autre** », signifie que l'utilisateur est arrivé à l'urgence avec un moyen de transport différent (ex. : hélicoptère).
- Cocher la case « **Transfert de** », signifie que l'utilisateur provient d'un autre établissement. Il faut préciser le nom de l'établissement.

N.B. : Si l'utilisateur est accompagné d'un représentant d'un corps policier, inscrire le numéro d'événement et le nom de l'agent responsable à la section 13 « Notes de l'infirmière ».

Date et heure de l'accident

- Inscrire la date et l'heure de l'accident à l'endroit prévu.

?

- Cocher la case « ? », signifie que la date et l'heure de l'accident sont inconnues.

Section 2

2- MÉCANISME DU TRAUMATISME		<input type="checkbox"/> Voir le formulaire médical AH-450
<p>Automobile ou camion</p> <p>Impact contre : _____ <input type="checkbox"/> Impact haute vitesse</p> <p><input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h <input type="checkbox"/> Autre occupant décédé</p> <p><input type="checkbox"/> Éjection : _____ m <input type="checkbox"/> Usager sorti de lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Tonneaux : _____ <input type="checkbox"/> Déformation/intrusion de l'habitacle</p> <p><input type="checkbox"/> Incarcération : _____ min</p> <p>Ceinture : <input type="checkbox"/> 3 points <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> ?</p> <p>Coussin déployé : <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Latéral <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ?</p> <p>Siège d'enfant : <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ?</p> <p>Indiquez la position du traumatisé avant l'impact avec un X</p> <p>Indiquez avec une <input checked="" type="checkbox"/> le point d'impact</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Autre véhicule</p> <p><input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicyclette <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Impact contre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h <input type="checkbox"/> Éjection : _____ m</p> <p><input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/> Autre occupant décédé</p> <p><input type="checkbox"/> Casque : <input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Brisé <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ?</p> <p>Divers</p> <p><input type="checkbox"/> Piéton <input type="checkbox"/> Chute : hauteur : _____ m</p> <p>Impact contre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h</p> <p><input type="checkbox"/> Arme à feu <input type="checkbox"/> Objet coupant <input type="checkbox"/> Objet contondant</p> <p><input type="checkbox"/> Électrisation <input type="checkbox"/> Écrasement <input type="checkbox"/> Brûlure</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>	
Particularités :		

2- MÉCANISME DU TRAUMATISME

Voir formulaire AH-450

- Cocher la case « **Voir formulaire AH-450** », signifie que l'information concernant le mécanisme du traumatisme est déjà consignée sur le dit formulaire.

Les informations concernant le mécanisme de production du traumatisme ont été réparties en trois blocs d'information distincts :

- **Automobile ou camion**
- **Autre véhicule**
- **Divers**

Automobile ou camion

Le terme « **Automobile ou camion** », signifie que l'usager occupait un véhicule de type automobile, camionnette ou camion.

- Indiquer à « **Impact contre** », la nature de l'objet contre lequel l'impact s'est produit.
- Cocher la case « **Vitesse d'impact** », signifie que la vitesse d'impact est connue.
 - Indiquer la vitesse en kilomètre/heure (km/h).
- Cocher la case « **Autre occupant décédé** », signifie qu'un occupant du même véhicule est décédé à la suite de l'impact. Indiquer le type de relation entre l'occupant décédé et l'usager dans l'item « **Particularités** ».
- Cocher la case « **Éjection** », signifie que l'usager a été éjecté lors de l'impact.
 - Indiquer la distance d'éjection en mètre (m).
- Cocher la case « **Usager sorti de lui-même** », signifie que l'usager est sorti par ses propres moyens du véhicule.

- Cocher la case « **Tonneaux** », signifie que le véhicule a effectué des tonneaux lors de l'accident.
 - Indiquer le nombre de tonneaux.
- Cocher la case « **Déformation/intrusion de l'habitacle** », signifie que l'habitacle du véhicule a subi diverses déformations ou intrusions.
- Cocher la case « **Incarcération** », signifie que l'utilisateur a été incarcéré dans son véhicule et a eu besoin d'aide pour s'extirper de celui-ci.
 - Indiquer la durée totale d'incarcération en minute (min).

Les prochains éléments du bloc concernent les mécanismes de protection à l'intérieur du véhicule.

- Cocher les cases correspondant à l'utilisation de la « **Ceinture** », à la présence de « **Coussin déployé** » ou d'un « **Siège d'enfant** » dans le véhicule ainsi que leurs spécificités.
- Indiquer sur le schéma du bloc « **Automobile ou camion** » la position du traumatisé avant l'impact avec un X et avec une flèche (→) le point d'impact.
- Indiquer dans l'item « **Particularités** » toute information complémentaire pertinente.

Autre véhicule

Le terme « **Autre véhicule** », signifie que l'utilisateur utilisait un autre véhicule (ex. : moto, motoneige, etc.).

- Cocher la case « **Moto** », « **Bicyclette** » ou « **Autre** » pour préciser le véhicule utilisé.
 - Indiquer à « **Impact contre** », la nature de l'objet contre lequel l'impact s'est produit.
- Cocher la case « **Vitesse d'impact** », signifie que la vitesse d'impact est connue.
 - Indiquer la vitesse en kilomètre/heure (Km/h).
- Cocher la case « **Éjection** », signifie que l'utilisateur a été éjecté lors de l'impact.
 - Indiquer la distance d'éjection en mètre (m).
- Cocher la case « **Conducteur** », signifie que l'utilisateur était le conducteur du véhicule.
- Cocher la case « **Passager** », signifie que l'utilisateur était le passager du véhicule.
- Cocher la case « **Autre occupant décédé** », signifie qu'un occupant du même véhicule est décédé à la suite de l'impact. Indiquer le type de relation entre l'occupant décédé et l'utilisateur dans l'item « **Particularités** ».

L'item qui suit concerne l'utilisation d'un casque et l'intégrité de celui-ci après l'impact.

- Cocher la case « **Intact** », signifie que le casque est demeuré intact.
- Cocher la case « **Brisé** », signifie que le casque s'est brisé.
- Cocher la case « **Aucun** », signifie que l'utilisateur ne portait pas de casque lors de l'impact.
- Cocher la case « **?** », signifie que l'information concernant le port du casque ou de son intégrité est inconnue.
- Indiquer dans l'item « **Particularités** » toute information complémentaire pertinente.

Divers

Le terme « **Divers** » correspond à tout autre mécanisme de production du traumatisme.

- Cocher la case « **Piéton** », signifie que l'utilisateur circulait à pied lors de l'impact.
- Cocher la case « **Chute** », signifie que l'utilisateur a chuté.
 - Indiquer à « **Hauteur** », la hauteur de la chute en mètre (m).
- Cocher la case « **Vitesse d'impact** », signifie que la vitesse d'impact est connue.
 - Indiquer la vitesse en kilomètre/heure (Km/h).
- Indiquer à « **Impact contre** », la nature de l'objet ou de la surface contre lequel l'impact s'est produit (ex. : automobile, ciment, terre, etc.).
- Cocher la case « **Arme à feu** », signifie que l'utilisateur a subi des blessures par balles.
 - Indiquer le calibre utilisé dans « **Particularités** ».
- Cocher la case « **Objet coupant** », signifie que l'utilisateur a subi des blessures à la suite de l'utilisation d'un objet coupant (ex. : couteau, lame, vitre, etc.).
 - Indiquer la nature de l'objet coupant utilisé dans « **Particularités** ».
- Cocher la case « **Objet contondant** », signifie que l'utilisateur a subi des blessures à la suite de l'utilisation d'un objet contondant (ex. : bâton, table, etc.).
 - Indiquer la nature de l'objet contondant utilisé dans « **Particularités** ».
- Cocher la case « **Électrisation** », signifie que l'utilisateur a subi des blessures à la suite d'une électrisation.
 - Préciser le voltage dans « **Particularités** ».
- Cocher la case « **Écrasement** », signifie que l'utilisateur a subi des blessures à la suite d'un écrasement par une charge (ex. : machinerie, véhicule, presse, etc.)
 - Indiquer la nature et le poids de la charge dans « **Particularités** ».
- Cocher la case « **Brûlure** », signifie que l'utilisateur a subi une ou des brûlures.
 - Indiquer l'agent (ex. : chimique, électrique, etc.) responsable des brûlures dans « **Particularités** ».
- Cocher la case « **Autre** », signifie que l'utilisateur a subi une ou des blessures à la suite d'un mécanisme autre que ceux déjà mentionnés (ex. : pendaison, noyade, etc.).
 - Indiquer le mécanisme utilisé dans « **Particularités** ».

Indiquer dans l'item « **Particularités** » toute information complémentaire pertinente.

Section 3

3- INTERVENTIONS AVANT L'ARRIVÉE		Indice pré-hospitalier (IPT)	/24
A- Voies respiratoires/colonne cervicale	B- Ventilation/respiration	C- Circulation	
<input type="checkbox"/> Canule oro <input type="checkbox"/> Canule naso <input type="checkbox"/> Intubation : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/> Combitube <input type="checkbox"/> Collet cervical <input type="checkbox"/> Planche dorsale <input type="checkbox"/> Matelas immobilisateur	<input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Ballon masque <input type="checkbox"/> Assistée mécaniquement <input type="checkbox"/> O ₂ _____ %	<input type="checkbox"/> Accès veineux (encerclez) : 1 2 3 Quantité reçue : _____ ml <input type="checkbox"/> Défibrillation <input type="checkbox"/> RCR début : _____ h <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Pansement	
D- État neurologique		Derniers signes vitaux	
A V P U GSC : _____ /15 _____ /15 Perte de conscience : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Oui Durée : _____ min Amnésie événement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Oui		TA _____ mmHg Pls _____ /min FR _____ /min T° _____ °C Sp O ₂ _____ % Divers : <input type="checkbox"/> Sonde gastrique <input type="checkbox"/> Sonde vésicale <input type="checkbox"/> Drain thoracique G D <input type="checkbox"/> Médication reçue : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	

3- INTERVENTIONS AVANT L'ARRIVÉE

Les interventions avant l'arrivée correspondent aux interventions effectuées soit par les services préhospitaliers d'urgence, soit par le centre qui nous a référé l'utilisateur.

Les interventions sont séparées en six (6) blocs soit :

A- Voies respiratoires/colonne cervicale

B- Ventilation/respiration

C- Circulation

D- État neurologique

Derniers signes vitaux et Divers

A- Voies respiratoires/colonne cervicale

- Cocher la case « **Canule oro** », signifie qu'une canule oropharyngée (Guedel) est en place.
- Cocher la case « **Canule naso** », signifie qu'une canule nasopharyngée (trompette) est en place.
- Cocher la case « **Intubation** », signifie qu'un tube endotrachéal est en place.
 - Spécifier l'emplacement en cochant la case « **Oro** » ou la case « **Naso** ».
- Cocher la case « **Combitube** », signifie qu'un combitube est en place.
- Cocher la case « **Collet cervical** », signifie que l'utilisateur porte un collet cervical.
- Cocher la case « **Planche dorsale** » ou la case « **Matelas immobilisateur** » selon l'équipement utilisé.

B- Ventilation/respiration

- Cocher la case « **Spontanée** », signifie que l'utilisateur respire spontanément.
- Cocher la case « **Ballon masque** », signifie que l'utilisateur est ventilé manuellement à l'aide d'un ballon masque (ambu).
- Cocher la case « **Assistée mécaniquement** », signifie que l'utilisateur est sous ventilation mécanique.
- Cocher la case « **O₂** », signifie que l'on administre de l'oxygène à l'utilisateur.
 - Indiquer le pourcentage (%) d'oxygène administré.

C- Circulation

- Cocher la case « **Accès veineux** », signifie qu'un ou des accès veineux sont en place.
 - Indiquer le nombre d'accès en encerclant le chiffre correspondant.
 - Indiquer aussi la quantité totale de liquide reçue en millilitre (ml).
- Cocher la case « **Défibrillation** », signifie que l'utilisateur a été défibrillé.
- Cocher la case « **RCR** », signifie que des manœuvres de réanimation cardio-respiratoire sont en cours.
 - Indiquer l'heure du début des manœuvres.
- Cocher la case « **Attelle** », signifie qu'une ou des attelles sont en place.
- Cocher la case « **Pansement** », signifie qu'un ou des pansements sont en place.

D- État neurologique

- Encercler la lettre correspondant à l'état de conscience :
 - A** (Alerte)
 - V** (réagit à la stimulation verbale)
 - P** (réagit à la stimulation douloureuse)
 - U** (ne réagit à aucune stimulation)
- Inscrire les résultats obtenus lors de l'évaluation de l'échelle de Glasgow.
- Cocher la case « **Non** », « ? » ou « **Oui** » pour déterminer s'il y a eu perte de conscience.
Si vous avez coché la case « **Oui** » indiquez la durée en minute (min) de celle-ci.
- Cocher la case « **Non** », « ? » ou « **Oui** » pour déterminer s'il y a eu amnésie des événements.

Derniers signes vitaux

- Inscrire les derniers signes vitaux : tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, la température et la saturation en O₂.
- Cocher la case « **Sonde gastrique** » signifie qu'une sonde gastrique est en place.
 - Indiquer le calibre de celle-ci.
- Cocher la case « **Sonde vésicale** » signifie qu'une sonde vésicale est en place.
 - Indiquer le calibre de celle-ci.
- Cocher la case « **Drain thoracique** » signifie qu'un ou des drains thoraciques sont en place.
 - Indiquer le calibre ainsi que le site (droit et/ou gauche).
- Cocher la case « **Médication reçue** » signifie qu'une médication particulière nécessitant une surveillance étroite (ex. : sédatif, analgésique, etc.) a été administrée.
 - Indiquer le nom des médicaments reçus.

Inscrire à l'item « **Autre** » toute information pertinente.

Section 4

4- ANTÉCÉDENTS			MÉDICATION			ALLERGIES		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?		
DDM	Année	Mois	Jour	Grossesse	sem	Dernier repas	h	Tétanos : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

4- ANTÉCÉDENTS

Le terme « **ANTÉCÉDENTS** » fait référence à tous les renseignements concernant l'histoire médicale de l'usager.

- Cocher la case « **Non** », signifie que l'usager ne présente aucune histoire médicale.
- Cocher la case « **?** », signifie que l'usager ne connaît pas ses antécédents ou n'est pas en mesure de les faire connaître.

MÉDICATION

Le terme « **MÉDICATION** » fait référence à l'emploi continu ou temporaire d'un ou de plusieurs médicaments ou substances.

- Cocher la case « **Non** », signifie que l'usager ne fait pas l'usage de médicament ou de substance.
- Cocher la case « **?** », signifie que l'usager ne connaît pas le ou les noms des médicaments dont il fait usage ou il n'est pas en mesure de les faire connaître.

ALLERGIES

Le terme « **ALLERGIES** » fait référence aux maladies qui sont provoquées par une sensibilisation de l'organisme à une substance étrangère (antigène) (ex. : pénicilline, noix, acariens, etc.).

- Cocher la case « **Non** », signifie que l'usager n'a aucune allergie connue.
- Cocher la case « **?** » signifie que l'usager ne peut pas identifier de façon précise ses allergies ou n'est pas en mesure de les faire connaître.

DDM

Le terme « **DDM** » fait référence à la date des dernières menstruations.

Il faut inscrire la date (année/mois/jour) à laquelle l'usagère a eu ses dernières menstruations.

Grossesse

Le terme « **Grossesse** » signifie que l'usagère est enceinte et préciser le nombre de semaines de gestation.

Dernier repas

Le terme « **Dernier repas** » fait référence au dernier repas consommé.

- Inscrire l'heure de la prise du dernier repas.

Tétanos

Le terme « **Tétanos** » fait référence à la vaccination antitétanique. L'effet d'immunisation de ce vaccin est d'une durée de 5 ans.

- Inscrire la date (année) à laquelle le vaccin a été administré pour la dernière fois.
- Cocher la case « ? » signifie que l'usager ne peut pas identifier de façon précise la date de la dernière vaccination antitétanique ou n'est pas en mesure de la faire connaître.

Section 5

5- PERSONNE AVISÉE		<input type="checkbox"/> Accepte que l'on avise une personne significative	<input type="checkbox"/> Refuse	Avisé par : _____ h	
Nom de la personne	Lien de parenté	Ind. rég.	N° de téléphone	<input type="checkbox"/> Pas de réponse	<input type="checkbox"/> Message laissé sur le répondeur
Particularités :					

5- PERSONNE AVISÉE

Le terme « **PERSONNE AVISÉE** » fait référence à la première personne en lien avec l'utilisateur à être avisée de la présence de l'utilisateur à l'urgence. Cette personne peut être un membre de la famille, un(e) ami(e) ou une personne ressource (ex. : tuteur, travailleuse sociale, etc.).

- Cocher la case appropriée afin de confirmer si l'utilisateur accepte ou refuse qu'on avise une personne significative.

Inscrire

- le **nom du professionnel** de la santé (ex. : infirmière, travailleuse sociale, etc.) qui a avisé cette personne
- l'**heure** à laquelle la personne a été avisée ou que le message a été laissé sur le répondeur

Inscrire

- le **nom** de cette personne (prénom et nom)
 - le **lien de parenté** (ex. : mère, père, etc.)
 - son **numéro de téléphone**
- Cocher la case appropriée si :
 - il n'y a pas de réponse
 - un message a été laissé sur le répondeur

Inscrire dans « **Particularité** » toute information supplémentaire.

Section 6

6- ÉQUIPE TRAUMA		<input type="checkbox"/> Activation de l'équipe trauma h					
Professionnels	Nom	Appel	Arrivée	Spécialité	Nom	Appel	Arrivée
Chef d'équipe trauma (TTL)				Chir. générale			
Urgentologue				Neuro-chirurgie			
Urgentologue				Orthopédie			
Infirmière				Anesthésie			
Infirmière				Plastie			
Infirmière				Maxillo-facial			
Inhalothérapeute							

6- ÉQUIPE TRAUMA

La section « **ÉQUIPE TRAUMA** » a pour but l'inscription des intervenants qui ont été mobilisés auprès de l'usager.

N.B. : Dans certains établissements, l'activation de certains membres se fait en bloc et s'appelle « Activation de l'équipe trauma ». Si vous travaillez avec ce système d'appel groupé et standardisé :

- Cocher la case « **Activation de l'équipe trauma** » et inscrire l'heure à laquelle l'équipe de trauma a été activée.
 - Inscrire le nom des intervenants (nom et prénom s'il y a lieu)
 - Inscrire l'heure à laquelle l'appel a été placé
 - Inscrire l'heure à laquelle l'intervenant est arrivé auprès de l'usager.

Section 7

7A- VOIES RESPIRATOIRES/COLONNE CERVICALE	
<input type="checkbox"/> Libres Vocalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Obstruées : <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Sécrétions <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Vomissement Immobilisation col. cerv. : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Particularités : _____	Ouverture voies respiratoires <input type="checkbox"/> Retrait de corps étranger <input type="checkbox"/> Traction mandibulaire (<i>Jaw Thrust</i>) <input type="checkbox"/> Traction mentonnière (<i>Chin Lift</i>) Aspiration : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/> Trachéale Canule : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso n° _____ par : _____ h Intubation : _____ par : _____ h Crico : <input type="checkbox"/> Aiguille <input type="checkbox"/> Chir. n° _____ par : _____ h Maintien immo. col. cerv. : <input type="checkbox"/> Oui Cessé par : _____ MD Particularités : _____ à _____ h

Le guide d'interprétation définira l'évaluation puis les interventions d'un même bloc avant de passer à la section suivante.

7A- VOIES RESPIRATOIRES/COLONNE CERVICALE – ÉVALUATION

Inscrire l'heure du début et de la fin de l'évaluation initiale.

Libres

Le terme « **Libres** » fait référence aux voies respiratoires qui sont exemptes d'obstruction de toute nature.

- Cocher la case « **Libres** » signifie que les voies respiratoires supérieures de l'utilisateur sont dégagées.

Le terme « **Vocalisation** » fait référence à l'émission de sons vocaux par l'utilisateur.

- Cocher la case « **Oui** » signifie que l'utilisateur émet des sons ou parle.
- Cocher la case « **Non** » signifie que l'utilisateur n'émet aucun son vocal.

Obstruées

Le terme « **Obstruées** » fait référence à une obstruction partielle ou complète des voies respiratoires supérieures.

- Cocher la case « **Obstruées** » signifie que les voies respiratoires supérieures sont obstruées.
- Cocher la ou les cases « **Langue** », « **Dent** », « **Sang** », « **Œdème** », « **Sécrétions** », « **Corps étranger** » et/ou « **Vomissement** » pour préciser la cause de l'obstruction.

Immobilisation colonne cervicale

Le terme « **Immobilisation col. cerv.** » fait référence à l'immobilisation complète de la colonne cervicale par l'utilisation isolée du collet cervical ou avec un des éléments suivants :

- d'un matelas immobilisateur;
- d'appuie-têtes latéraux;
- de bande adhésive,
- d'une planche dorsale ou
- manuellement par un intervenant;
- Cocher la case « **Non** » signifie que la colonne cervicale de l'utilisateur n'est pas immobilisée.
- Cocher la case « **Oui** » signifie que la colonne cervicale de l'utilisateur est immobilisée.

Particularités

Inscrire toute information supplémentaire. (ex. : décrire aspect des vomissements, le nombre de dents, etc.)

7A- VOIES RESPIRATOIRES/COLONNE CERVICALE	
<input type="checkbox"/> Libres Vocalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Obstruées : <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Sécrétions <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Vomissement Immobilisation col. cerv. : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Particularités : _____	Ouverture voies respiratoires <input type="checkbox"/> Retrait de corps étranger <input type="checkbox"/> Traction mandibulaire (<i>Jaw Thrust</i>) <input type="checkbox"/> Traction mentonnière (<i>Chin Lift</i>) Aspiration : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/> Trachéale Canule : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso n° _____ par : _____ h Intubation : _____ par : _____ h Crico : <input type="checkbox"/> Aiguille <input type="checkbox"/> Chir. n° _____ par : _____ h Maintien immo. col. cerv. : <input type="checkbox"/> Oui Cessé par : _____ MD Particularités : _____ à _____ h

7A- VOIES RESPIRATOIRES/COLONNE CERVICALE – INTERVENTIONS

Ouverture des voies respiratoires

Le terme « **Ouverture des voies respiratoires** » fait référence à l'action d'ouvrir les voies respiratoires supérieures pour les dégager et ainsi améliorer la ventilation de l'utilisateur.

Il faut prendre soin de maintenir l'alignement de la colonne cervicale en tout temps.

- Cocher la case appropriée si vous avez procédé au « **Retrait de corps étranger** » et/ou si vous avez ouvert les voies respiratoires supérieures à l'aide d'une « **Traction mandibulaire (*jaw thrust*)** » ou d'une « **Traction mentonnière (*chin lift*)** ».

Aspiration

Le terme « **Aspiration** » signifie que vous avez dû procéder à l'aspiration de sécrétion.

- Cocher la case « **Oro** » et/ou « **Naso** » et/ou « **Trachéale** » selon le cas, pour spécifier la région exacte où vous avez aspiré les sécrétions.

Canule

Le terme « **Canule** » signifie que vous avez installé une canule pour maintenir les voies respiratoires perméables.

- Cocher la case appropriée soit « **Oro** » ou « **Naso** », selon le cas, pour spécifier la région exacte où vous avez installé la canule. Inscrire le calibre de celle-ci, les initiales de la personne l'ayant installée ainsi que l'heure d'installation.

Intubation

Si une intubation a été nécessaire pour ventiler l'utilisateur, vous devez :

- Inscrire les initiales de la personne l'ayant intubé ainsi que l'heure d'installation.

Cricothyroïdotomie

Le terme « **Crico** » fait référence à une cricothyroïdotomie.

Si le médecin procède à une cricothyroïdotomie, vous devez :

- Cocher la case « **Aiguille** » ou « **Chir.** » selon le cas, pour distinguer la méthode utilisée par le médecin.

Inscrire le calibre utilisé;

- les initiales de la personne ayant procédé à la cricothyroïdotomie ainsi que l'heure d'intervention.

Maintien immobilisation colonne cervicale

- Cocher la case « **Oui** » signifie que l'immobilisation cervicale est maintenue.
- Cocher la case « **Cessé par :** » signifie que l'immobilisation de la colonne cervicale a été cessée par le médecin.

Inscrire le nom du médecin qui a prescrit de cesser l'immobilisation cervicale.

Inscrire l'heure à laquelle l'immobilisation a été cessée.

Particularités

Inscrire toute information supplémentaire. (ex : aspect du liquide aspiré, etc.)

B- VENTILATION/RESPIRATION	
<input type="checkbox"/> Spontanée	<input type="checkbox"/> Assistée
Fréquence resp. : _____ /min.	
Élévation thoracique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Amplitude :	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle
Mouvements thoraciques :	<input type="checkbox"/> Symétriques <input type="checkbox"/> Asymétriques
Utilis. muscles acces./abd. :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Murmures vésiculaires :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Emphysème sous-cutané :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Jugulaires distendues :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non évalué
Déviat. trachée :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Plaie thor. pénétrante :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Particularités : _____	
Oxygène	<input type="checkbox"/> Ballon masque <input type="checkbox"/> Masque O ₂ _____ %
<input type="checkbox"/> LN _____ l/min	Ventilation mécanique : _____
Drain thoracique	D G
N° drain	
Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aspect du drainage	
Succion	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Oui :
Inséré par _____ à _____ h	
Thoracocentèse à l'aiguille :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G n° _____ par : _____ h
Pansement trois côtés : _____	
Particularités : _____	

7B- VENTILATION/RESPIRATION – ÉVALUATION

Spontanée

Le terme « **Spontanée** » fait référence à une respiration autonome.

- Cocher la case « **Spontanée** » signifie que la respiration est autonome donc sans assistance.
- Cocher la case « **Assistée** » signifie que la respiration est assistée à l'aide d'un ballon masque ou par la ventilation mécanique.

Inscrire la fréquence respiratoire par minute.

Élévation thoracique

Le terme « **Élévation thoracique** » signifie que la cage thoracique monte et descend lors de la respiration.

- Cocher la case « **Oui** » signifie qu'il y a élévation thoracique.
- Cocher la case « **Non** » signifie qu'il y a absence d'élévation thoracique.

Amplitude

Le terme « **Amplitude** » fait référence à l'augmentation du volume de la cage thoracique lors des mouvements respiratoires.

- Cocher la case « **Normale** » signifie que l'amplitude est normale.
- Cocher la case « **Profonde** » signifie que l'amplitude est importante et prolongée.
- Cocher la case « **Superficielle** » signifie que l'amplitude est à peine perceptible.

Mouvements thoraciques

Le terme « **Mouvements thoraciques** » fait référence aux mouvements observés lors de la ventilation, qu'elle soit spontanée ou assistée.

- Cocher la case « **Symétrique** » signifie que les mouvements observés sont identiques à droite et à gauche.
- Cocher la case « **Asymétrique** » signifie que les mouvements observés de chaque côté sont différents.

Utilisation des muscles accessoires et/ou abdominaux

Le terme « **Utilis. muscles acces./abd.** » signifie que vous observez les contractions des muscles de la région cervicale antérieure et/ou de la région abdominale.

- Cocher la case « **Non** » signifie que vous n'observez aucun mouvement des muscles accessoires lors de la respiration.
- Cocher la case « **Oui** » signifie que vous observez l'utilisation des muscles accessoires lors de la respiration, indiquant une difficulté respiratoire.

Murmures vésiculaires

Le terme « **Murmures vésiculaires** » fait référence aux bruits entendus à l'auscultation des plages pulmonaires.

- Cocher la case « **D** » et/ou « **G** » signifie que vous avez entendu des bruits vésiculaires du côté droit et/ou gauche.

Emphysème sous-cutané

Le terme « **Emphysème sous-cutané** » fait référence à la présence d'air sous la peau lors de la palpation.

- Cocher la case « **Non** » signifie que vous ne palpez aucun emphysème sous-cutané.
- Cocher la case « **Oui** » signifie que vous avez perçu la présence de bulles d'air sous la peau. Inscrivez l'emplacement de l'emphysème dans « **Particularités** ».

Jugulaires distendues

Le terme « **Jugulaires distendues** » fait référence à la distension des jugulaires en présence d'une élévation de la pression thoracique.

- Cocher la case « **Non** » signifie que les jugulaires sont non distendues.
- Cocher la case « **Oui** » signifie que vous avez observé la distension des jugulaires.
- Cocher la case « **Non évalué** » au besoin.

Déviations trachéales

Le terme « **Déviations trachéales** » fait référence à la déviation de la trachée de sa position anatomique habituelle lors de pathologie intra-thoracique. Elle se déplace alors soit vers la droite ou vers la gauche.

- Cocher la case « **Non** » pour signifier l'absence de déviation.
- Cocher la case « **Oui** » pour signifier la présence d'une déviation.
- Cocher la case « **D** » ou « **G** » pour signifier le côté de la déviation, à droite ou à gauche.

Plaie thoracique pénétrante

Le terme « **Plaie thor. pénétrante** » fait référence à une atteinte de l'intégrité de la paroi thoracique.

- Cocher la case « **Non** » pour signifier l'absence d'une plaie pénétrante au niveau de la paroi thoracique.
- Cocher la case « **Oui** » pour signifier la présence d'une plaie pénétrante.
- Cocher la case « **D** » et/ou « **G** » pour préciser l'emplacement de la plaie à droite et/ou à gauche.

Particularités

Permet de préciser, au besoin, diverses données de l'évaluation clinique.
(ex. : présence de sibilances, localisation de l'emphysème sous-cutané, etc.)

B- VENTILATION/RESPIRATION	
<input type="checkbox"/> Spontanée	<input type="checkbox"/> Assistée
Fréquence resp. : _____ /min.	
Élévation thoracique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Amplitude :	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle
Mouvements thoraciques :	<input type="checkbox"/> Symétriques <input type="checkbox"/> Asymétriques
Utilis. muscles acces./abd. :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Murmures vésiculaires :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Emphysème sous-cutané :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Jugulaires distendues :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non évalué
Déviat. trachée :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Plaie thor. pénétrante :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Particularités : _____	
Oxygène	<input type="checkbox"/> Ballon masque <input type="checkbox"/> Masque O ₂ _____ %
<input type="checkbox"/> LN _____ l/min	Ventilation mécanique : _____
Drain thoracique	D G
N° drain	
Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aspect du drainage	
Succion	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Oui :
Inséré par _____ à _____ h	
Thoracocentèse à l'aiguille :	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G n° _____ par : _____ h
Pansement trois côtés : _____	
Particularités : _____	

7B- VENTILATION/RESPIRATION – INTERVENTIONS

Oxygène

Le terme « **Oxygène** » fait référence à l'administration d'oxygène.

- Cocher la case appropriée soit : « **Ballon masque** », « **Masque O₂** » ou « **LN** » (lunette nasale) pour préciser l'administration d'oxygène et inscrire les paramètres utilisés (% d'O₂ et L/min.).

Ventilation mécanique

Le terme « **Ventilation mécanique** » fait référence à l'utilisation d'un appareil à ventilation mécanique. Spécifier les paramètres ventilatoires utilisés (ex. : Fi O₂ _____%, Peep _____).

Drain thoracique

Le terme « **Drain thoracique** » fait référence à l'installation d'un drain thoracique par le médecin.

- Compléter le tableau s'il y a eu installation de drain thoracique, en précisant :
 - site;
 - calibre utilisé;
 - présence de drainage : cocher la case « **Oui** » ou « **Non** »;
 - aspect du drainage;
 - succion : cocher la case « **Oui** » au besoin.

De plus, inscrire les initiales du médecin ayant procédé à l'installation ainsi que l'heure.

Thoracocentèse à l'aiguille

Le terme « **Thoracocentèse à l'aiguille** » fait référence à la ponction de la paroi thoracique à l'aide d'un trocart. Préciser :

- le site, soit « **D** » ou « **G** » pour préciser l'emplacement.
- le calibre du trocart utilisé.

De plus, inscrire les initiales du médecin ayant procédé à l'intervention ainsi que l'heure.

Pansement trois côtés

S'il y a lieu, inscrire le site du pansement.

Particularités

Inscrire toute information supplémentaire pertinente. (ex. : léger retrait d'un drain, etc.)

C- CIRCULATION			
Peau :		Accès veineux/intra-osseux (site/n°)	Par
Couleur : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Cyanosée <input type="checkbox"/> Marbrée		N° 1	
Température : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Chaude		N° 2	
Texture : <input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Moite <input type="checkbox"/> Diaphorétique		N° 3	
Remplissage capillaire : <input type="checkbox"/> Normal (< 2 sec) <input type="checkbox"/> Retardé (> 2 sec)		<input type="checkbox"/> Glycémie capillaire : _____	
Saignement actif : (site)		<input type="checkbox"/> Pression directe site 1 2 3 <input type="checkbox"/> Pans. compressif site 1 2 3	
N° 1 _____		<input type="checkbox"/> Réchauffe-liquide : _____ <input type="checkbox"/> Soluté chaud	
N° 2 _____		<input type="checkbox"/> Perfuseur à haut débit <input checked="" type="checkbox"/> Voir bilan dosage ingesta/excreta	
N° 3 _____		Particularités : _____	
Particularités : _____			

7C- CIRCULATION – ÉVALUATION

L'évaluation de la circulation débute par l'observation de la peau (couleur) et des caractéristiques de celle-ci au toucher (la température et la texture).

- Cocher les cases correspondant et préciser, au besoin, les particularités.

Remplissage capillaire

Le terme « **Remplissage capillaire** » fait référence au remplissage des capillaires obtenu au niveau d'une extrémité après un léger pincement (lobe de l'oreille, bout du doigt).

- Cocher la case correspondant au temps requis pour un remplissage complet des capillaires.

Saignement actif

Le terme « **Saignement actif** » fait référence à tout site de saignement persistant qui requiert une intervention appropriée. Vous devez préciser chacun des sites de saignement observés.

Particularités

Inscrire toute information supplémentaire pertinente.

(ex. : préciser l'endroit spécifique de la coloration ou de la diaphorèse, etc.)

C- CIRCULATION			
Peau : Couleur : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Cyanosée <input type="checkbox"/> Marbrée Température : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Chaude Texture : <input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Moite <input type="checkbox"/> Diaphorétique Remplissage capillaire : <input type="checkbox"/> Normal (< 2 sec) <input type="checkbox"/> Retardé (> 2 sec) Saignement actif : (site) N° 1 _____ N° 2 _____ N° 3 _____ Particularités : _____		Accès veineux/intra-osseux (site/n°) N° 1 _____ N° 2 _____ N° 3 _____ <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire : _____ <input type="checkbox"/> Pression directe site 1 2 3 <input type="checkbox"/> Pans. compressif site 1 2 3 <input type="checkbox"/> Réchauffe-liquide : _____ <input type="checkbox"/> Soluté chaud <input type="checkbox"/> Perfuseur à haut débit <input checked="" type="checkbox"/> Voir bilan dosage ingesta/excreta Particularités : _____	

7C- CIRCULATION – INTERVENTIONS

Accès veineux/intra-osseux (site/n°)

Le terme « **Accès veineux/intra-osseux (site/n°)** » fait référence aux accès veineux/intra-osseux installés à l'utilisateur. Le tableau permet de préciser le site, le calibre du cathéter, les initiales de la personne ayant procédé à l'installation et l'heure pour chacun des accès veineux/intra-osseux installés.

Les items suivants font référence aux prélèvements d'échantillons sanguins. Si vous avez prélevé plusieurs échantillons sanguins au même moment, **préciser ceux-ci à la section **Prélèvements** de la page 6 du formulaire.**

- Cocher les cases appropriées et précisées :
 - Le nombre d'unités demandées;
 - Le sang placé en réserve à la banque de sang;
 - le résultat de la glycémie capillaire en mmol/L.

Glycémie capillaire

Le terme « **Glycémie capillaire** » fait référence à la mesure de celle-ci. Inscrire le résultat obtenu dans l'espace prévu.

Pression directe – Pansement compressif

Les termes « **Pression directe** » et « **Pans. compressif** » font référence aux interventions effectuées afin de contrôler le saignement observé à l'évaluation.

- Cocher la case appropriée et encercler le numéro correspondant au site du saignement.

Réchauffe liquide – Soluté chaud

Le terme « **Réchauffe-liquide** » et « **Soluté chaud** » font référence à l'utilisation d'un dispositif pour réchauffer le liquide infusé et/ou à l'administration de solutés chauffés préalablement.

Perfuseur à haut débit

Le terme « **Perfuseur à haut débit** » fait référence à l'utilisation d'un perfuseur à haut débit pour administrer des volumes à haut débit. Référez aux sections 9- dosage ingesta et 10- dosage excreta.

Particularités

Inscrire toute information supplémentaire pertinente. (ex. : utilisation d'un manchon (brassard), etc.)

D- ÉTAT NEUROLOGIQUE	
Pupilles : Dimension G ____ mm D ____ mm Réaction G ____ D ____ Lentilles cornéennes en place : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non État de conscience : <input type="checkbox"/> A lerte <input type="checkbox"/> V erbal <input type="checkbox"/> P (douleur) <input type="checkbox"/> U (ne réagit pas) Particularités : _____	<input type="checkbox"/> Contentions : Type : _____ Par : _____ h Particularités : _____

7D- ÉTAT NEUROLOGIQUE – ÉVALUATION

Pupilles

Le terme « **Pupilles** » fait référence à l'évaluation des pupilles. On évalue donc la dimension (mm) de celles-ci et la qualité de la réaction à la lumière, selon la légende inscrite à la page 4.

Lentilles cornéennes en place

Le terme « **Lentilles cornéennes en place** » fait référence à la présence de lentilles cornéennes.

- Cocher la case « **Oui** » fait référence à la présence de lentilles lors de l'évaluation des pupilles. Elles peuvent être retirées à ce moment, ou plus tard.
- Cocher la case « **Non** » fait référence à l'absence de lentilles.

État de conscience

Le terme « **État de conscience** » fait référence à l'état d'éveil de l'usager lors de l'évaluation neurologique.

Cocher la case correspondant à son état soit :

- **A**lerte, s'il s'éveille spontanément
- **V**erbal, s'il s'éveille à l'appel de son nom ou d'un autre stimulus verbal
- **P** (douleur), s'il s'éveille à la suite d'un stimulus douloureux seulement
- **U** (ne réagit pas), s'il ne s'éveille pas à la suite d'un stimulus douloureux.

Particularités

Inscrire toute information supplémentaire pertinente.

(ex. : si le résultat de l'état de conscience est différent depuis son arrivée, etc.)

7D- ÉTAT NEUROLOGIQUE – INTERVENTIONS

Contentions

Le terme « **Contentions** » fait référence à l'utilisation des contentions pour immobiliser un usager. On doit préciser le type de contentions utilisées, par qui elles ont été appliquées et l'heure d'application de celles-ci.

Particularités

Inscrire toute information supplémentaire pertinente. (ex. : retrait des lentilles cornéennes et disposition, menottes, surveillance, etc.)

À la fin de l'évaluation primaire, préciser le ou les intervenants ayant procédé à l'évaluation ainsi que l'heure.

Inscrire l'heure du début et de la fin de l'évaluation secondaire.

E- EXPOSITION DE L'USAGER/CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT			
<input type="checkbox"/> Température rectale : _____ °C _____ h	<input type="checkbox"/> L'utilisateur dévêtu	<input type="checkbox"/> Matelas chauffant : _____ h	<input type="checkbox"/> Couvertures chaudes
<input type="checkbox"/> Thermostat ajusté $\geq 25^\circ$: _____ h	<input type="checkbox"/> Autre : _____		

7E- EXPOSITION DE L'USAGER/CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT – ÉVALUATION

Température rectale

Le terme « **Température rectale** » fait référence à la mesure de la température rectale.

- Cocher la case signifie que la température rectale a été évaluée. Indiquer la valeur de celle-ci ainsi que l'heure.

Thermostat ajusté $\geq 25^\circ$

- Cocher la case « **Thermostat ajusté $\geq 25^\circ$** » signifie que la température de la pièce a été ajustée selon les normes établies. Indiquer l'heure à laquelle l'ajustement a été fait.

7E- EXPOSITION DE L'USAGER/CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT – INTERVENTIONS

Usager dévêtu

- Cocher la case « **Usager dévêtu** » signifie que l'utilisateur a été déshabillé pour poursuivre l'évaluation.

Matelas chauffant

- Cocher la case « **Matelas chauffant** » signifie qu'un matelas chauffant a été mis en place pour réchauffer l'utilisateur. Indiquer l'heure.

Couvertures chaudes

- Cocher la case « **Couvertures chaudes** » signifie que des couvertures chaudes ont été placées sur l'utilisateur.

Autre

- Cocher la case « **Autre** » signifie qu'une méthode a été mise en place pour réchauffer l'utilisateur (ex. : sacs de solution réchauffée placés sur les flancs).

F- INTERVENTIONS		
<input type="checkbox"/> Moniteur cardiaque installé	Rythme : _____	
<input type="checkbox"/> Saturomètre installé	<input type="checkbox"/> ECG _____ h dem. _____ h fait	
	Sonde gastrique	Sonde urinaire
Sonde (type, site, n°)		
Inséré par _____ à _____ h		
Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Aspect du drainage		
Bâtonnet réactif (sang)		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non-fait

7F- INTERVENTIONS

Moniteur cardiaque installé

- Cocher la case « **Moniteur cardiaque installé** », signifie qu'un moniteur cardiaque a été installé et préciser le rythme observé.

Saturomètre installé

- Cocher la case « **Saturomètre installé** », signifie que le saturomètre a été installé.

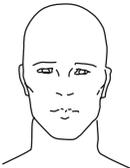
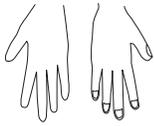
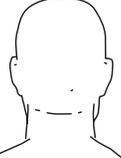
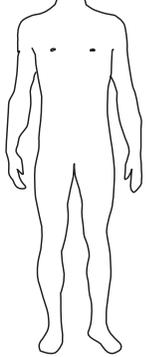
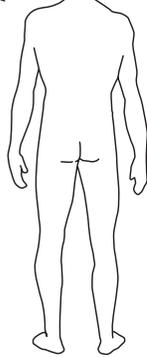
ECG

- Cocher la case « **ECG** », signifie qu'un ECG a été fait. Indiquer l'heure à laquelle l'ECG a été demandé ainsi que l'heure à laquelle il a été fait.

Sonde gastrique – Sonde urinaire

Si l'équipe procède à l'installation d'une sonde gastrique et/ou d'une sonde urinaire, compléter le tableau en précisant :

- type de cathéter;
- site;
- calibre utilisé;
- initiales de l'intervenant ayant procédé à l'installation ainsi que l'heure;
- présence de drainage;
- aspect du drainage;
- bâtonnet réactif (sang).
- Cocher la case « **Non** », signifie que vous n'avez pas utilisé de bâtonnet réactif.
- Cocher la case « **Oui** », pour spécifier leur utilisation. Indiquer quel résultat a été obtenu.
- Cocher la case « **Non-fait** » au besoin.

G- EXAMEN TÊTE AUX PIEDS/INSPECTION/PALPATION SURFACES POSTÉRIEURES					<input type="checkbox"/> Voir formulaire médical AH-450
Cranio-facial <input type="checkbox"/> Normal					<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>G</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p>  </div> </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin: 10px 0;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin: 10px 0;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>
Crâne	<input type="checkbox"/> Signe de Battle :	<input type="checkbox"/> G _____	<input type="checkbox"/> D _____		
	<input type="checkbox"/> Otorrhée :	<input type="checkbox"/> G _____	<input type="checkbox"/> D _____		
Visage	<input type="checkbox"/> Rhinorrhée :	<input type="checkbox"/> G _____	<input type="checkbox"/> D _____		
	<input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes enlevées	G D	<input type="checkbox"/> Signe des yeux de raton laveur		
Cou	<input type="checkbox"/> Crépitements (palpation)				
Particularités : _____					
Thorax <input type="checkbox"/> Normal					
<input type="checkbox"/> Crépitements (palpation)					
Auscultation/bruits pulmonaires : <input type="checkbox"/> Présent G D					
<input type="checkbox"/> Diminué G D <input type="checkbox"/> Absent G D <input type="checkbox"/> Crépitants G D <input type="checkbox"/> Sifflements G D					
Auscultation/bruits cardiaques :					
<input type="checkbox"/> Présents <input type="checkbox"/> Diminué					
Particularités : _____					
Abdomen <input type="checkbox"/> Normal					
<input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement					
<input type="checkbox"/> Distension					
<input type="checkbox"/> Péristaltisme : <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Absent					
<input type="checkbox"/> Palpation : <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Rigide <input type="checkbox"/> Réaction de protection					
Particularités : _____					
Bassin/génito-urinaire <input type="checkbox"/> Normal					
<input type="checkbox"/> Saignement					
<input type="checkbox"/> Instabilité du bassin <input type="checkbox"/> Crépitements (palpation)					
Particularités : _____					
Extrémités/CCMS/pouls <input type="checkbox"/> Normal					
	MSD <input type="checkbox"/> Normal	MSG <input type="checkbox"/> Normal	MID <input type="checkbox"/> Normal	MIG <input type="checkbox"/> Normal	
Chaleur	_____	_____	_____	_____	
Couleur	_____	_____	_____	_____	
Mouvement	_____	_____	_____	_____	
Sensibilité	_____	_____	_____	_____	
Pouls absent	_____	_____	_____	_____	
Attelles	_____	_____	_____	_____	
Particularités : _____					
Légende					
A : abrasion DFORM : déformation O : œdème B : brûlures E : ecchymose P : plaie D : douleur L : lacération					
Autre : _____					

7G- EXAMEN TÊTE AUX PIEDS/INSPECTION/PALPATION SURFACES POSTÉRIEURES

Voir formulaire AH-450

- Cocher la case « **Voir formulaire AH-450** », signifie que l'information concernant le mécanisme du traumatisme est déjà consignée sur le dit formulaire.

Cranio-facial

Le terme « **Cranio-facial** » fait référence à toute lésion retrouvée soit au crâne (tête), au visage ou au cou.

- Cocher la case « **Normal** » signifie que l'utilisateur ne présente aucune lésion à l'examen.

CRÂNE

Signe de Battle

Le terme « **Signe de Battle** » fait référence à une ecchymose à l'arrière de l'oreille s'étendant jusqu'au mastoïde (signe de fracture de la base du crâne).

- Cocher « **G** » ou « **D** » pour préciser l'emplacement de l'ecchymose.

CRÂNE

Otorrhée

Le terme « **Otorrhée** » fait référence à un écoulement provenant de l'oreille (sang ou liquide céphalorachidien).

- Cocher « **G** » ou « **D** » pour préciser la provenance de l'écoulement.

VISAGE

Rhinorrhée

Le terme « **Rhinorrhée** » fait référence à tout écoulement du nez (sang ou liquide céphalorachidien).

- Cocher « **G** » ou « **D** » pour préciser la provenance de l'écoulement.

Lentilles cornéennes enlevées

- Cocher la case si les lentilles cornéennes ont été enlevées.
- Encercler la ou les lettres « **G** » ou « **D** » pour préciser de quel côté la lentille a été retirée.

Signe des yeux de raton laveur (racoon eyes)

Le terme « **Signe des yeux de raton laveur** » fait référence à une ecchymose périorbitale bilatérale (signe de fracture de la base du crâne).

- Cocher la case si présent.

COU

Crépitements (palpation)

Le terme « **Crépitements (palpation)** » fait référence aux bruits secs perçus à la palpation, lors de l'examen du cou.

- Cocher la case si présents.

Particularités

Le terme « **Particularités** » fait référence à toute autre information supplémentaire.

Thorax

Le terme « **Thorax** » fait référence à la région supérieure du tronc et comprend la cage thoracique (vertèbres dorsales, les côtes, le sternum), les omoplates, les clavicules et toutes les structures anatomiques (poumons, cœur, etc.) protégées par la cage thoracique.

- Cocher la case « **Normal** » signifie que l'utilisateur ne présente aucune lésion thoracique.

Crépitements (palpation)

Le terme « **Crépitements (palpation)** » fait référence aux bruits secs perçus à la palpation.

- Cocher la case seulement s'il y a présence de crépitements à l'examen.

Auscultation/bruits pulmonaires

Le terme « **Auscultation/bruits pulmonaires** » fait référence à ce qui est entendu à l'auscultation pulmonaire de l'utilisateur.

- Cocher la case appropriée et spécifier pour chacun des côtés en encerclant la lettre G (gauche) et/ou D (droit) pour les items suivants :
 - Présent
 - Diminué
 - Absent
 - Crépitants
 - Sifflements.

Auscultation/bruits cardiaques

Le terme « **Auscultation/bruits cardiaques** » fait référence à ce qui est perçu à l'auscultation cardiaque.

- Cocher la case appropriée pour chacun des items suivants :
 - Présents
 - Diminués

Particularités

Le terme « **Particularités** » fait référence à toute autre information supplémentaire (ex. : préciser bruits cardiaques anormaux, localisation précise des anomalies détectées : diminution murmures vésiculaires à droite, etc.).

Abdomen

Le terme « **Abdomen** » fait référence à la région inférieure du tronc, cavité ovale située entre le diaphragme et le pelvis.

- Cocher la case « **Normal** » signifie que l'utilisateur ne présente aucune lésion abdominale.
- Cocher la ou les cases appropriées pour chacun des items suivants, à la suite de l'examen de l'abdomen, et préciser s'il y a lieu :
 - nausée;
 - vomissement;
 - distension;
 - péristaltisme (présent, diminué, absent);
 - palpation (souple, sensible, rigide, réaction de protection).

Particularités

Le terme « **Particularités** » fait référence à toute autre information supplémentaire (ex. : préciser aspect des vomissements, le type de solution utilisée pour le lavage péritonéale, etc.).

Bassin/génito-urinaire

Le terme « **Bassin/génito-urinaire** » fait référence à la ceinture osseuse formée à la base du tronc par le sacrum, le coccyx et les deux os iliaques et ce, incluant les organes génitaux et le système urinaire.

- Cocher la case « **Normal** » signifie que l'utilisateur ne présente aucune lésion au bassin et organes génito/urinaires lors de l'examen.

Saignement

Le terme « **Saignement** » fait référence à tout écoulement sanguin visualisé lors de l'évaluation.

- Cocher la case signifie que l'utilisateur présente un saignement lors de l'examen.

Instabilité du bassin

Le terme « **Instabilité du bassin** » fait référence à la présence de mouvement anormal au niveau des crêtes iliaques lors d'une pression exercée sur celles-ci.

- Cocher la case si présent.

Crépitements (palpation)

Le terme « **Crépitements (palpation)** » fait référence aux bruits secs perçus à la palpation.

- Cocher la case si présent.

Particularités

Le terme « **Particularités** » fait référence à toute autre information supplémentaire (ex. : la provenance du saignement, soit vaginal et/ou urinaire).

Extrémités/CCMS/pouls

Le tableau « **Extrémités/CCMS/pouls** » fait référence à l'évaluation des membres supérieurs et inférieurs.

- Cocher « **Normal** » signifie que l'utilisateur ne présente aucune atteinte aux membres supérieurs et/ou inférieurs, à l'examen.

Pour chacun des éléments du tableau, préciser la ou les anomalie(s) visualisé(es) lors de l'examen et noter leur(s) site(s) à l'aide du tableau joint :

- Chaleur
- Couleur
- Mouvement
- Sensibilité
- Pouls absent
- Attelles

Particularités

Le terme « **Particularités** » fait référence à toute autre information supplémentaire.

Légende

The diagram shows a human figure with 'G' (Garde) on the left side and 'D' (Dors) on the right side. It includes views of the head, hands, and full body from both front and back perspectives.

Légende		
A : abrasion	DFORM : déformation	O : œdème
B : brûlures	E : ecchymose	P : plaie
D : douleur	L : lacération	
Autre : _____		

À l'aide du **tableau** précédent et de la **légende** suivante, décrire la ou les lésion(s) visualisée(s) lors de l'examen ainsi que leur localisation.

- A : Abrasion
- B : Brûlures
- D : Douleur
- DFORM : Déformation
- E : Ecchymose
- L : Lacération
- O : Œdème
- P : Plaie
- Autre : Tout autre lésion ou particularité (ex. : amputation, dégantement, etc.)

N.B. : Cette section inclut l'examen des surfaces postérieures.

H- FAMILLE

Présence Non Oui : _____ h Informations données à la famille par : _____ h
 Service social : _____ Autre : _____

7H- FAMILLE

Préciser le ou les noms des intervenants ayant participé à l'évaluation secondaire et inscrire l'heure.

Famille présence

- Cocher la case « **Non** », si la famille est absente.
- Cocher la case « **Oui** », pour spécifier que la famille est présente. Si vous avez coché la case « **Oui** », indiquer depuis quel moment celle-ci est présente.

Informations données à la famille

- Cocher la case « **Informations données à la famille** » signifie que des informations ont été données à la famille. Indiquer par qui et à quelle heure.

Service social

- Cocher la case « **Service social** » signifie que le service social a été demandé. Indiquer le nom de l'intervenant.

Autre

- Cocher la case « **Autre** », signifie qu'un autre service a été demandé. Indiquer le nom de l'intervenant et du service.

Section signes vitaux et évaluation neurologique

SIGNES VITAUX ET ÉVALUATION NEUROLOGIQUE			Heure																
Pupilles	Gauche	Dimension																	
		Réaction																	
	Droite	Dimension																	
		Réaction																	
Moteur	Préhension de la main	Gauche																	
		Droite																	
	Mouvement de la jambe	Gauche																	
		Droite																	
Échelle de Glasgow (Glasgow péd.)	Ouverture des yeux	4 Spontanée																	
		3 Sur ordre verbal																	
		2 À la douleur																	
		1 Aucune réponse (Œdème des paupières)																	
	Réponse verbale	5 Orientée (<i>sourit, gazouille</i>)																	
		4 Confuse (<i>irritable</i>)																	
		3 Mots inappropriés (<i>inconsolable</i>)																	
		2 Incompréhensible																	
	Réponse motrice	Douleur	1 Aucune réponse (Intubé/trachéo)																
			6 Obéit (<i>mouvement spontané</i>)																
			5 Localise la douleur (<i>retrait au toucher</i>)																
		Douleur	4 Retrait à la douleur																
			3 Décortication (Flexion)																
			2 Décérébration (Extension)																
1 Aucune réponse																			
Total Glasgow																			
SpO₂ (%)																			
FI_{O₂} (%)																			
Échelle de douleur (0-10)																			
Autre (ex. : CO₂)																			

Légende	
Pupilles	Moteur
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Dimension : (mm)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 </div>	<p>V : vigoureux</p> <p>M : modéré</p> <p>F : faible</p> <p>A : absent</p>
<p>Réaction :</p> <p>N : normale L : lente F : fixe</p>	

Selon les légendes placées dans le coin inférieur gauche de la page, compléter les signes vitaux et neurologiques, en prenant soin d'indiquer l'heure dans le haut des colonnes.

Pupilles

Procéder à l'évaluation de la dimension des pupilles et de leur réactivité à la lumière.

Moteur

Compléter les informations selon la légende (V-M-F-A).

- V = vigoureux
- M = modéré
- F = faible
- A = absent

Échelle de Glasgow (*Glasgow pédiatrique*)

Compléter l'information selon les choix disponibles pour chacune des caractéristiques de l'échelle de coma de Glasgow, en inscrivant un « **X** » dans l'espace prévu.

Toujours inscrire la meilleure réponse obtenue. Relier les « **X** » entre eux pour illustrer l'évolution de chacune des caractéristiques. Inscrire le total des valeurs obtenues au Glasgow.

N.B. : Les mentions en *italique* correspondent à la cotation pour la clientèle pédiatrique de moins de 5 ans.

Saturation pulsatile d'O₂

Le terme « **SpO₂ (%)** » correspond à la saturation pulsatile en oxygène (pourcentage de l'hémoglobine transportant de l'oxygène) et l'évaluation de celle-ci permet de vérifier l'oxygénation des capillaires artériels.

- Inscrire le pourcentage d'oxygène capté par le saturomètre.

FiO₂ (%)

Le terme « **FiO₂ (%)** » est la fraction d'O₂ inspirée et correspond au pourcentage d'oxygène administré.

Inscrire « **AA** » si la saturation d'O₂ a été prise à l'air ambiant ou inscrire le chiffre correspondant à la quantité d'O₂ administrée.

Échelle de douleur (0-10)

Inscrire le chiffre correspondant à l'évaluation faite à l'aide de l'échelle visuelle analogue.

- 0 = absence de douleur
- 2 = douleur légère
- 4 = douleur modérée
- 6 = douleur intense
- 8 = douleur accablante
- 10 = douleur insupportable (pire douleur).

Autre

Indiquer le paramètre observé et inscrire les données recueillies (ex. : CO₂, etc).

Section 8

8- RADIOGRAPHIE/TOMODENSITOMÉTRIE/ÉCHOGRAPHIE/ANGIOGRAPHIE ET AUTRES PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES													
	h dem.	h fait	h départ	h retour	Accompagné par				h dem.	h fait	h départ	h retour	Accompagné par
<input type="checkbox"/> Poumons					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Bassin					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Colonne C T L					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Écho. ciblée (FAST)					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Écho. abd.					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Tête					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Cervicale					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Thorax					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Abdomen					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					

8- RADIOGRAPHIE/TOMODENSITOMÉTRIE/ÉCHOGRAPHIE/ANGIOGRAPHIE ET AUTRES PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES

- Cocher la case appropriée aux examens demandés ainsi que les heures spécifiées et noter l'accompagnement d'un professionnel.

Préciser les personnes accompagnant en cochant la case appropriée (inf, inhalo, MD).

Section 9

9- DOSAGE INGESTA									
h	N° sac	Solutés/débit	Quantité reçue	Initiales inf. si MD avisé	h	Produits sanguins/ Autres produits	Quantité reçue	Initiales inf. si MD avisé	
Total solutés						Total produits			
Protocole de transfusion massive							Début	Fin	
							h	h	h

9- DOSAGE INGESTA

La section « **DOSAGE INGESTA** » correspond aux volumes liquidiens administrés à l'usager.
 Cette section « **DOSAGE INGESTA** » est divisée en deux colonnes distinctes, soit les solutés/débits (solution) et les produits sanguins ou autres produits (ex. : irrigation).

Il faut préciser les éléments suivants pour chacun des items :

- **h** l'heure à laquelle le produit ou solution est débuté;
- **N° sac** le numéro du sac selon décompte (ex. : 1, 2, etc.);
- **Solutés/débit** le nom du produit ou de la solution ainsi que le débit de perfusion
Produits sanguins (ex. : NaCL à 100 cc/h, plaquettes, etc.);
Autres produits
- **Quantité reçue** la quantité de volume administrée en millilitres (ex. : 1000 ml);
- **Init. inf. si MD avisé** si le MD a été avisé des quantités de volume reçues, l'infirmière appose ses initiales.

Compléter les cases « **Total solutés** » et « **Total produits** » dans le Dosage ingesta afin d'évaluer la réanimation et ultérieurement la balance liquidienne.

Indiquer l'heure du début et de la fin du protocole de transfusion massive.

Section 10

10- DOSAGE EXCRETA										
h	Urine	h	Vomissement	Sonde gastrique	h	Drain thor. droit	Drain thor. gauche	h	Sang/ Plaies	Autres
Total		Total			Total			Total		
GRAND TOTAL :										

10- DOSAGE EXCRETA

La section « **DOSAGE EXCRETA** » correspond au liquide excrété par l'utilisateur (ex. : urine, sang, etc.).

Il faut inscrire l'information correspondant à chacune des colonnes (urine, vomissement, sonde gastrique, drain thoracique D et G, sang, plaies, autre) pour les items suivants :

- l'heure à laquelle le liquide est excrété;
- la quantité de liquide excrété.

Compléter les cases « **Grand total** » dans le bilan excréta afin d'évaluer la réanimation et la balance liquidienne.

Section 11

11- PRÉLÈVEMENTS		Premiers labos par :	h
<input type="checkbox"/> Groupé-croisé	<input type="checkbox"/> Sang en réserve : ____ un	<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> Na/K+/Cl/créatine/glycémie/urée
<input type="checkbox"/> IRN/PTT	<input type="checkbox"/> TCA <input type="checkbox"/> AST/ALT	<input type="checkbox"/> Lactate	<input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> CK
<input type="checkbox"/> Gazométrie :	<input type="checkbox"/> Capillaire <input type="checkbox"/> Veineux	<input type="checkbox"/> Artériel	<input type="checkbox"/> BHCG (sang) <input type="checkbox"/> BHCG (urine) <input type="checkbox"/> A. urine
<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Éthanol <input type="checkbox"/> Drogues de rue	Par : _____ h <input type="checkbox"/> Amylase/lipase	
Labos subséquents :		_____ h	_____ h
		_____ h	_____ h

11- PRÉLÈVEMENTS

Le terme « **PRÉLÈVEMENTS** » fait référence aux examens sanguins.

Inscrire l'heure à laquelle les premiers laboratoires sont effectués ainsi que les initiales du professionnel.

- Cocher les cases appropriées aux examens demandés.

Pour les gazométries, cocher :

- le type de prélèvement (ex. : capillaire, veineux ou artériel);
- inscrire les initiales du professionnel qui a procédé aux prélèvements ainsi que l'heure.

Pour les laboratoires subséquents, inscrire l'heure ainsi que les initiales du professionnel et le type de prélèvements effectués.

Section 12

12- MÉDICATIONS													
Médication/dose/voie/site	h	Par	h	Par	h	Par	Médication/dose/voie/site	h	Par	h	Par	h	Par

12- MÉDICATIONS

Ici, le terme « **MÉDICATION** » fait référence à tout médicament ou toute substance administrée.

Il faut inscrire :

- Médication : le nom du médicament (ex. : morphine);
- Dose : la dose administrée (ex. : 5 mg);
- Voie : la voie d'administration (ex. : I/V);
- Site : l'endroit s'il s'agit d'une injection;
- h : l'heure à laquelle le médicament est administré;
- Par : les initiales de la personne qui a administré le médicament.

L'effet obtenu doit être documenté à la section « **13- Notes de l'infirmière** ».

Section 14

14- DÉPART DE LA SALLE DE TRAUMATOLOGIE	
Orientation	Particularités
<input type="checkbox"/> Observation : _____	<input type="checkbox"/> Bloc opératoire
<input type="checkbox"/> Soins intensifs	<input type="checkbox"/> Unité de soins : _____
<input type="checkbox"/> Transfert : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Accompagné par : _____	
Rapport donné à : _____ Départ : _____ h	
<input type="checkbox"/> Refus de traitement : _____ h	<input type="checkbox"/> MD avisé _____
<input type="checkbox"/> Constat de décès : _____ h	_____ MD
<input type="checkbox"/> Coroner avisé : _____ h	<input type="checkbox"/> Autopsie demandée
<input type="checkbox"/> Démarche de don d'organes	<input type="checkbox"/> Effets personnels remis à : _____ par : _____ h

14- DÉPART DE LA SALLE DE TRAUMATOLOGIE

Le terme « **DÉPART DE LA SALLE DE TRAUMATOLOGIE** » fait référence à l'orientation de l'utilisateur lorsqu'il quitte la salle de traumatologie (salle de choc ou salle de réanimation) vers un autre endroit.

Orientation

Cocher l'orientation requise :

- Observation;
- Bloc opératoire;
- Soins intensifs;
- Unité de soins : spécifier le numéro de la chambre;
- Transfert : inscrire l'établissement où l'utilisateur est transféré;
- Autre : désigne un autre lieu où l'utilisateur est dirigé (ex. : morgue, centre d'hébergement, etc.);
- Accompagné par : inscrire le nom des intervenants qui accompagnent l'utilisateur;
- Rapport donné à : inscrire le nom de la personne à qui le rapport est transmis ainsi que l'heure du départ.

Particularités

Cocher les cases appropriées concernant les items suivants, en précisant les heures et le nom du médecin, s'il y a lieu :

- Refus de traitement;
- MD avisé;
- Constat de décès;
- Coroner avisé;
- Autopsie demandée;
- Démarche de don d'organes : signifie que des démarches ont été initiées concernant le don d'organes (Québec Transplant, infirmière ressource, etc.);
- Effets personnels remis. Indiquer à quelle personne on a remis les effets ainsi que l'heure.

INITIALES – SIGNATURES

Les termes « **Init.** » et « **Signatures** » font références aux infirmières ayant participé de près ou de loin aux soins de l'utilisateur concerné. Elles doivent initialiser les endroits prévus à cet effet dans le document et apposer leur signature à la fin de ce même document.

FEUILLE COMPLÉMENTAIRE

Une feuille complémentaire est disponible si l'espace est insuffisant pour les sections suivantes :

- Dosage ingesta;
- Dosage excréta;
- Notes de l'infirmière;
- Signes vitaux et évaluation neurologique.