



ÉVALUATION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE DÉPISTAGE COVID-19 EN CHSLD

DATE (aaaa/mm/jj) : _____ HEURE (hh :mm) : _____			
À L'ADMISSION		Oui	Non
1. Le résident a-t-il été reçu un résultat positif au dépistage de la COVID-19 ? Si oui, date (aaaa/mm/jj) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dans les 14 derniers jours, le résident a-t-il été en contact avec une personne qui a reçu un résultat positif au dépistage de la COVID-19 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dans les 14 derniers jours, le résident a-t-il présenté de la fièvre ou de la toux (fièvre gériatrique 37,8° C ou 1,1° C au-dessus de sa valeur normale) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le résident qui a été admis dans les 14 derniers jours, avait-il été placé en isolement ? Si oui, pour quelle raison ? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Attention! Si SARM, ERV, BGNMR, CDIIF → Répondre NON ET Isolement préventif à la chambre avec précautions additionnelles en fonction de la bactérie multirésistante.</i>			
Si vous avez indiqué « oui » à l'une des questions ci-dessus, vous devez admettre le résident en précautions gouttelettes contact plus et compléter la section « Interventions de l'infirmière » à la page suivante			
À L'ADMISSION ET LORS D'UN CHANGEMENT DANS L'ÉTAT CLINIQUE DU RÉSIDENT			
5. Le résident présente-t-il un nouveau signe et/ou symptôme associé à la COVID-19 :		Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> • Signes fréquents : fièvre, toux sèche, difficultés respiratoires ? • Autres symptômes : essoufflement, production d'expectoration, et/ou fatigue inhabituels, mal de gorge, syndrome d'allure grippale, symptômes gastro-intestinaux, perte d'odorat de manière brutale sans obstruction nasale accompagné de disparition de goût ? • Symptômes moins courants : maux de tête, myalgie, arthralgie, frissons, congestion nasale, hémoptysie, conjonctivite, perte d'appétit ? 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le résident présente-t-il DES SIGNES GÉRIATRIQUES ATYPIQUES (dans la dernière semaine) qui ne seraient pas causés par une autre condition de santé aiguë ?		Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'autonomie ? • Changement brusque de l'état mental ? • Changement brusque de comportement ? 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez indiqué « oui » à la question 5 ou 6, vous devez effectuer l'examen clinique			
EXAMEN CLINIQUE			
Malaise dominant : _____			

Nom :

Prénom :

Dossier :

Anamnèse

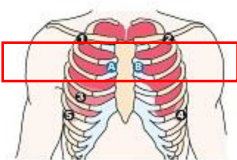
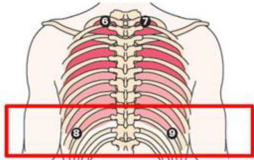
P : _____
Q : _____
R : _____
S : _____
T : _____
U : _____

EXAMEN PHYSIQUE

INSPECTION :

Évaluation de l'état mental : • Capacité d'attention <input type="checkbox"/> Attentif <input type="checkbox"/> Non attentif • État de conscience : <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Léthargique (verbal) <input type="checkbox"/> Stuporeux (physique) <input type="checkbox"/> Comateux	Signes vitaux : <input type="checkbox"/> Pouls : _____/min <input type="checkbox"/> P.A. : _____/ _____ <input type="checkbox"/> T° : _____ °C <input type="checkbox"/> Respiration : Fréquence : _____/min Type : <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Abdominale Amplitude : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Profonde Rythme : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/> SpO ₂ : _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AUSCULTATION :

Face antérieure Présence d'un bruit anormal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nommer si possible : <input type="checkbox"/> Sibilant <input type="checkbox"/> Ronchis <input type="checkbox"/> Bronche droite (A) <input type="checkbox"/> Bronche gauche (B) 	Face postérieure Présence d'un bruit anormal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nommer si possible : <input type="checkbox"/> Sibilant <input type="checkbox"/> Crépitants <input type="checkbox"/> Lobe inférieur droit (8) <input type="checkbox"/> Lobe inférieur gauche (9) 
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANALYSE ET INTERVENTIONS DE L'INFIRMIÈRE

Hypothèse infirmière suite à l'évaluation clinique : <input type="checkbox"/> Signes cliniques associés à la COVID-19 <input type="checkbox"/> Signes cliniques associés à une condition de santé aigue autre que la COVID-19 : contacter le médecin	Interventions : <input type="checkbox"/> OC-CISSS-133 Initié <input type="checkbox"/> Résident mis en précautions gouttelettes contact plus <input type="checkbox"/> Médecin avisé <input type="checkbox"/> Famille avisée <input type="checkbox"/> PTI ajusté : <ul style="list-style-type: none">• Établir la surveillance clinique selon les risques identifiés (ex. : délirium, déshydratation, dénutrition, détresse psychologique, SCPD).• Effectuer la surveillance clinique de la température pendant 14 jours si cas suspecté ou confirmé• Effectuer la surveillance clinique des symptômes associés à la COVID-19 pendant 14 jours
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj
----------------------	-----------	--------	------------