

N° dossier  
Nom  
Prénom  
Date de naissance  
NAM  
Nom de la mère  
Prénom de la mère  
Nom du père  
Prénom du père

## OBSERVATIONS PAR L'AIDE-SOIGNANT DE L'USAGER PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES INFECTIEUX

Direction clinique _____		Programme _____			Site _____	
INFORMATIONS						
Types de précautions mis en place <input type="checkbox"/> Gouttelettes-contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes-contact avec protection oculaire <input type="checkbox"/> Autre _____						
Début des symptômes _____ Fin du suivi prévu _____ aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj						
Signes et symptômes à surveiller <b>selon les directives de l'infirmière</b> . Si de nouveaux signes et symptômes apparaissent lors du suivi, vous devez aviser l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire, selon la trajectoire habituelle établie pour votre secteur et faire une note complémentaire à la page 2 du formulaire ou au dossier de l'utilisateur. Se référer aux feuilles de directives pour les détails.						
Moment du suivi <sup>1</sup>	1	2	3	4	5	6
Date (aaaa/mm/jj)						
Heure (hh:mm)						
Tension artérielle	/	/	/	/	/	/
Pouls (par minute)	/min	/min	/min	/min	/min	/min
Température <sup>2</sup> (en celsius) (aviser l'infirmière si température élevée) :	°C	°C	°C	°C	°C	°C
Toux nouvelle ou aggravée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de ventre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maux de cœur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vomissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nez qui coule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficulté à respirer et/ou souffle court	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Changement de l'état de conscience <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Changement de comportement verbal et/ou physique <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perte ou changement de l'autonomie (alimentation/habillement/soins d'hygiène, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Notes complémentaires réalisées dans la section suivante ou au dossier de l'utilisateur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Initiales						

<sup>1</sup> Faire une note de suivi soit au dossier ou à la page 2 du formulaire au besoin

<sup>2</sup> Température personne âgée : à partir de 37.8 C, adulte et pédiatrique buccale : à partir de 38 C

<sup>3</sup> Changement dans l'état de conscience (inconscient, plus endormi, incapable de répondre aux questions, mêlé dans ses idées, etc.)

<sup>4</sup> Le comportement de l'utilisateur a changé, est différent qu'à l'habitude. Ex. parle plus, est moins agité, etc.

Nom :

N° dossier :

<b>NOTES COMPLÉMENTAIRES (signes/symptômes ou comportements)</b>			
Date (aaaa/mm/jj)	Heure (hh:mm)	Depuis quand, détail sur les comportements et signes et symptômes, interventions (infirmière avisée, 9-1-1, etc.)	Initiales

INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE

**Légende :** °C : degrés    min : par minute