

CONSTAT DE DÉCÈS PAR L'INFIRMIÈRE

Direction clinique _____	Programme _____	Site _____
INFORMATIONS MÉDICALES Cette section peut être complétée avant le décès		
Niveau de soins et ordonnance de non-réanimation documentés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, préciser _____		
Antécédents médicaux pertinents		

Porteur d'un stimulateur cardiaque ou défibrillateur cardiaque implantable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cause (s) probable (s) de décès identifiée (s) par le médecin ou l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) (IPS)		

Nom du médecin ou de l'IPS _____		
Donneur potentiel de tissus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, se référer à la « Politique relative au don d'organes et de tissus humains (PO-59) » et ses procédures associées pour connaître les prochaines actions à réaliser.		
Bulletin de décès (SP-3) débuté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser le numéro de formulaire SP-3 _____		
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____ Infirmière	

Nom :

N° dossier :

HISTOIRE DU DÉCÈS		
<input type="checkbox"/> Double identification du défunt faite		
Date et heure précises de la dernière fois où la personne a été vue vivante	Date _____ aaaa/mm/jj	
	Heure _____ hh:mm	
<input type="checkbox"/> Demande programmée ou spontanée d'autopsie (si cette case est cochée, réaliser l'examen clinique et communiquer avec le médecin ou l'IPS traitant ou de garde*)		
EXAMEN PHYSIQUE		
Signes vitaux et signes neurologiques		
<input type="checkbox"/> Aucune réponse à la stimulation verbale et au toucher		
<input type="checkbox"/> Absence de bruits cardiaques à l'auscultation		
<input type="checkbox"/> Absence de respiration		
<input type="checkbox"/> Non-réactivité des pupilles		
Rigidité		
Mâchoire	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
Signes de traumatisme(s)		
<input type="checkbox"/> Lacération(s)	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence Préciser _____	
<input type="checkbox"/> Abrasion(s)	Préciser _____	
<input type="checkbox"/> Plaie(s)	Préciser _____	
<input type="checkbox"/> Plaie(s) pénétrante(s)	Préciser _____	
<input type="checkbox"/> Déformation(s)	Préciser _____	
<input type="checkbox"/> Œdème localisé	Préciser _____	
<input type="checkbox"/> Autre(s)	Préciser _____	
Lividités	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence, préciser le site _____	
<input type="checkbox"/> Cas coroner (Si des signes de mort suspecte sont décelés avant ou pendant l'examen physique, communiquer avec le médecin ou l'IPS traitant ou de garde* et aviser son supérieur.)		
* En cas de découverte médicale ou dans l'impossibilité de rejoindre un médecin ou IPS, contacter le 911.		
Date _____ aaaa/mm/jj	Heure _____ hh:mm	Signature _____ Infirmière

CONSTAT DE DÉCÈS

Le décès répond aux critères de la RSI et les constats de l'examen physique de l'infirmière correspondent aux causes attendues.

Non, se référer au médecin ou IPS traitant ou de garde ou à l'UCCSPU en contexte de domicile

Oui, préciser la cause _____

SP-3 complété dans le système d'information des événements démographiques (SIED)

Préciser le numéro _____

Si admissible au don d'organes et de tissus, se référer à la procédure pour connaître les actions à réaliser

Divulcation de la cause aux personnes proches aidantes (PPA)

Note d'évolution

Date _____ Heure _____ Signature _____
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

COLLABORATION AVEC L'UCCSPU Section réservée au soutien à domicile

Appel fait à l'UCCSPU (418 835-7288 ou 1 866-850-7288)

Nom de l'infirmière de l'UCCSPU _____

Nom du médecin _____

Médecin accepte de procéder au constat de décès

Médecin refuse de procéder au constat de décès, contacter le 911

Préciser la raison _____

Divulcation aux PPA faite (nom du médecin et cause du décès)

Note d'évolution

Date _____ Heure _____ Signature _____
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

Nom :

N° dossier :

DISPOSITION DU CORPS PAR LA MAISON FUNÉRAIRE

Section réservée à la clientèle en établissement

- Soins post-mortem effectués selon les directives en vigueur
- Maison funéraire contactée
- Carte d'assurance maladie remise aux PPA ou à la maison funéraire
- Prise en charge et disposition du défunt par la maison funéraire

Date _____ Heure _____ Signature _____
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

Section réservée au soutien à domicile

- Collabore et soutien les PPA pour les soins post-mortem
- Aviser les PPA de contacter la maison funéraire au moment où la disposition du corps sera souhaitée

Date _____ Heure _____ Signature _____
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Date _____ Heure _____ Signature _____
aaaa/mm/jj hh:mm Infirmière

Légende

PPA : Personne proche aidante

SP-3 : Bulletin de décès

RSI : Règle de soins infirmiers

UCCSPU : Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence