

Formulaires de données cliniques informatisés

DCI – Cristal-Net

Centre de développement et d'opérationnalisation de Cristal-Net

Décembre 2016

Aucune reproduction complète ou partielle de ce document n'est permise
sans l'autorisation écrite du Centre de développement
et d'opérationnalisation de Cristal-Net.

© CHU de Québec-Université Laval, 2016.

TABLE DES MATIÈRES

1. BANQUE D'OS (4 FORMULAIRES)	1
1.1. DONNEUR MULTI-PRÉLÈVEMENTS	1
1.2. PRÉLÈVEMENT	2
1.3. DONNEUR VIVANT DE TÊTES FÉMORALES	2
1.4. SUIVI DE BANQUE D'OS.....	3
2. CHIRURGIE VASCULAIRE (5 FORMULAIRES)	4
2.1. PROCHAIN RENDEZ-VOUS.....	4
2.2. OPÉRATION	5
2.3. PERMÉABILITÉ.....	5
2.4. FACTEURS DE RISQUE	6
2.5. ARTÉRIOGRAPHIE	6
3. CONTENTION ISOLEMENT (2 FORMULAIRES)	7
3.1. MESURES DE CONTRÔLE	7
3.1. RÉÉVALUATION	8
4. ERGOTHÉRAPIE (50 FORMULAIRES)	9
4.1. POSITIONNEMENT - INTERVENTION PRÉVENTIVE ET CURATIVE	10
4.2. MCRO - ENTRÉE EN MATIÈRE	13
6. ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE (1 FORMULAIRE)	15
6.1. ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE	15
7. FIBROSE KYSTIQUE PÉDIATRIQUE ET ADULTE (MUCOVISCIDOSE) (4 FORMULAIRES)	16
7.1. FICHE CLINIQUE.....	16
7.2. PHYSIOTHÉRAPIE	18
7.3. FICHE CLINIQUE ADULTE	19
8. GÉRIATRIE (3 FORMULAIRES)	22
8.1. EIG	22
8.2. SUIVI ET ÉVOLUTION	23

8.3.	ISAR.....	23
9.	NÉPHROLOGIE (13 FORMULAIRES)	24
9.1.	PROFIL NÉPHROLOGIQUE PERMANENT	24
9.2.	GREFFE.....	25
9.3.	DONNEUR.....	26
9.4.	CHIRURGIE	27
10.	OBSTÉTRIQUE GYNÉCOLOGIE (7 FORMULAIRES).....	29
10.1.	PATIENTE – GÉNÉRAL.....	29
10.2.	ÉCHOGRAPHIE - GYNÉCOLOGIE	30
10.3.	GROSSESSE GÉNÉRALE	31
10.4.	ÉCHOGRAPHIE – OBSTÉTRIQUE	31
10.5.	ÉCHOGRAPHIE – OBSTÉTRIQUE – FŒTUS.....	32
10.6.	INTRA-PARTUM	35
10.7.	ACCOUCHEMENT – NOUVEAU-NÉ	37
11.	PHARMACIE (2 FORMULAIRES)	39
11.1.	LISTE DE LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE.....	39
11.2.	MÉDICAMENT.....	40
12.	PLAIE DE PRESSION (5 FORMULAIRES).....	41
12.1.	ÉCHELLE DE BRADEN	41
12.2.	DÉCLARATION D’UNE PLAIE DE PRESSION	42
12.3.	SUIVI D’UNE PLAIE DE PRESSION	43
13.	PLANNING (14 FORMULAIRES)	44
13.1.	ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE	44
14.	PNEUMOLOGIE PÉDIATRIQUE (BRONCHIOLITE) (12 FORMULAIRES)	45
14.1.	PNEUMOLOGIE	45
14.2.	SURVEILLANCE CARDIORESPIRATOIRE	48
15.	POUPONNIÈRE (9 FORMULAIRES)	48
15.1.	SUIVI.....	49
16.	PSYCHO-ONCOLOGIE (2 FORMULAIRES)	50

16.1.	ÉPISODE DE SERVICES	50
16.2.	VISITE.....	51
17.	UNITÉ NÉO-NATALE (UNN) (3 FORMULAIRES).....	51
17.1.	DONNÉES D'ADMISSION	52

HISTORIQUE DES VERSIONS

VERSION	DATE	DESCRIPTION	COLLABORATEURS
Version 1.0	Août 2011	Première version	Marie-Claude Rochefort
Version 2.0	Septembre 2016	Révision	Marc Beudet
Version 3.0	Décembre 2016	Révision et bonification	Carl Chiasson Marie-Eve Tremblay Mathieu Nicolle Charles Bergeron



Veillez noter que la présente documentation constitue un aperçu des formulaires Gulper et de leurs principales fonctionnalités. Il ne s'agit donc pas d'une liste exhaustive. Il est également possible que certaines captures d'écrans ne soient pas exactement représentatives de la plus récente version de Cristal-Net.

1. BANQUE D'OS (4 FORMULAIRES)

Mise en production :	7 février 2005
Utilisateurs :	Personnel infirmier (bloc opératoire)
Description :	
Utilisé pour maintenir un inventaire des os, garder le suivi des transplantations faites aux receveurs et garder une trace de tous les donneurs.	
Formulaires :	
Donneur multi-prélèvements Prélèvement Donneur vivant de têtes fémorales Suivi de banque d'os	

1.1. Donneur multi-prélèvements

The screenshot shows a web-based form titled 'BANQUE OS : Donneur multi-prélèvements'. At the top, there are fields for patient identification: 'CARL, CARL' and 'DOB: 1948-03-21'. Below this, there are several sections for data entry:

- 1. Donneur Multi-Prélèvements:** Includes fields for 'référence QTX', 'Date de prélèvement' (2016-12-12), 'Heure de clamping', 'Groupe sanguin', 'Nom du chirurgien', 'Emplacement', 'Personnes ressources', '# enregistrement', and 'HTLV I & II' (Posif/Négatif).
- Tests:** A grid of radio buttons for 'VH', 'Hépatite AMitt', 'Hépatite B', 'Hépatite C', and 'Virus Nil', each with 'Pos' and 'Nég' options.
- Hémocultures:** Radio buttons for '# 1', '# 2', 'BK', 'Mycose', 'Bactérien', and 'P-24'.
- Os spongieux:** Radio buttons for 'Os spongieux'.
- 2. Détails des prélèvements:** A table with columns for 'DONNEUR' and 'RECEVEUR'.

At the bottom, there are fields for 'Signature' (Julie St-Pierre) and 'Date d'expiration' (2021-12-12), along with 'Enregistrer' and 'Fermer' buttons.

1.2. Prélèvement

The screenshot shows the 'Mini Gulper' application window titled 'BANQUE OS : Prélèvement'. The patient information bar at the top includes 'CARL, CARL', '(123647 CHR.)', '(142463 HE.)', '(138972 HSS)', '(61147 SP.)', and 'Age : 68 ans'. The main form is divided into two sections:

- 1. Donneur:** Contains fields for 'Référence' (value: 132), 'Type' (radio buttons for 'Os' and 'Tête fémorale'), 'Partie prélevée', 'Dimensions', and 'Statut'. It also includes 'Rx' (radio buttons for 'Oui' and 'Non') and 'Bact' (radio buttons for 'Positif' and 'Négatif').
- 2. Receveur:** Contains fields for 'Nom, prénom', 'Date intervention', 'Intervention', 'No Dossier', 'Date naiss.', 'NAM', 'Lieu', 'Nom chirurgien', and 'CMV' (radio buttons for 'Positif' and 'Négatif').

At the bottom, there are buttons for 'Enregistrer' and 'Fermer', and a status indicator 'Fiche en création'.

1.3. Donneur vivant de têtes fémorales

The screenshot shows the 'Mini Gulper' application window titled 'BANQUE OS : Donneur vivant de têtes fémorales'. The patient information bar at the top includes 'LESE, LISE', '(172979 CHA.)', '(220294 HXS.)', '(912418 HE.)', '(7151 HSS)', '(226994 SP.)', and 'Age : 59 ans'. The main form is titled '1. DONNEUR VIVANT TÊTE FÉMORALE' and contains the following fields and sections:

- Donneur:** Fields for '# de référence', 'Groupe sanguin', and 'Nom du chirurgien'.
- Prélèvement:** Fields for 'Statut', 'Côté' (radio buttons for 'Gauche' and 'Droit'), 'Dimensions', 'Date de prélèvement', 'Heure', 'Pulseau horaire de prélèvement' (dropdown menu), and 'Personnes ressources'.
- Emplacement:** Radio buttons for 'Congélateur', 'Tablette', and 'Tiroir'.
- Syphilis:** Radio buttons for 'Positif' and 'Négatif'.
- CMV:** Radio buttons for 'Positif' and 'Négatif'.
- Infectious Disease Testing:** A table with columns for 'VH', 'Hépatite B', 'Hépatite C', 'Virus NI', and 'HTLV I-II'. Each column has two rows of radio buttons for 'Pré-opératoire' and 'Post.op. 6 mois'.
- Histology:** Radio buttons for 'Os spongieux' (with sub-options for 'BK', 'Mycose', 'Bactériologie') and 'Tête fémorale' (with sub-option for 'Bactériologie').
- Additional Fields:** 'Renseignement concernant procédure de prélèvement', 'Antécédents', 'Commentaires infectio.', and 'Pathologie'.

► 2. Examens

Date ponction veineuse pré-opérateur:

#	Examens	Résultats	Références femmes
1.	Formule sanguine		
	G.B.	<input type="text"/>	4.8 - 10.8
	G.R.	<input type="text"/>	4.2 - 5.4
	HB	<input type="text"/>	120 - 160
	HT	<input type="text"/>	0.370 - 0.470
	VGM	<input type="text"/>	80 - 99
	TGMH	<input type="text"/>	27 - 31
	CGMH	<input type="text"/>	330 - 370
	DVE	<input type="text"/>	11.5 - 14.5
	PLT	<input type="text"/>	150 - 400
	Neutro	<input type="text"/>	0.42 - 0.75
	Lympho	<input type="text"/>	0.20 - 0.50
	Mono	<input type="text"/>	0.02 - 0.10
	Eosino	<input type="text"/>	0 - 0.10
	Baso	<input type="text"/>	0 - 0.02
2.	Glycémie	<input type="text"/>	3.9 - 6.1 à jeun
3.	Urée	<input type="text"/>	2.1 - 7.1
4.	Créatinine	<input type="text"/>	50 - 100
5.	AST	<input type="text"/>	< 40
6.	ALT	<input type="text"/>	< 50
7.	GGT	<input type="text"/>	< 50
8.	Bilirubine		
	A. Totale	<input type="text"/>	3 - 25
	B. Directe	<input type="text"/>	0 - 4
	C. Indirecte	<input type="text"/>	3 - 25
9.	Phosphatase alcaline	<input type="text"/>	25 - 120

Signature: Date d'expiration:

Fiche en création

1.4. Suivi de banque d'os

Mini Guijper

Création BANQUE OS : Suivi de banque d'os CARL, CARL (123667 CHR) (14283 HE) (128972 H55) (61147 SPS) Age : 68 ans
 CDR : 1948-03-21

► 1. Donneur vivant de site fémorale

TÊTE FÉMORALE GREFFÉE

référence:

Bactérié (pré-greffe): + -

Commentaire:

RECEVEUR

Patient:

Nom, prénom: C.M.V. + -

NAM:

Date nais: # dossier:

Procédure

Nom de l'hôpital:

Nom de l'ortho:

Date de la greffe:

Type d'intervention:

Resp. de la B.O.:

Date: Signature:

Fiche en création

2. CHIRURGIE VASCULAIRE (5 FORMULAIRES)

Mise en production :	30 avril 2003
Utilisateurs :	Commis-personnel infirmier-médecins
Description :	
<p>Utilisé pour maintenir l'historique et faire le suivi des usagers traités dans cette spécialité. Les formulaires de la chirurgie vasculaire contiennent également des données d'usagers suivis à l'Hôpital de Rimouski et opérés à Saint-François d'Assise. Les médecins de Rimouski accèdent à Cristal-Net pour consulter le suivi de leurs usagers.</p>	
Formulaires :	
<p>Prochain rendez-vous Opération Perméabilité Facteurs de risques Artériographie</p>	

2.1. Prochain rendez-vous

The screenshot shows a web-based form for scheduling a follow-up appointment. The form is titled "CHIR. VASCULAIRE : Prochain rendez-vous" and is for patient "ANNE MARIE, ANNE MARIE" (DOB: 1939-03-25). The form includes the following fields and options:

- Dossier HSS:** A text input field.
- Chirurgien référent:** A dropdown menu with "Gilbert Hochala" selected.
- Date précédente:** A date picker set to "2015-12-21".
- Prochaine visite:** A dropdown menu set to "12" months.
- Code de visite:** A dropdown menu.
- Remarque:** A text area containing "Client de St-Joseph, AC".
- Date réelle de visite:** A date picker set to "2016-12-12".
- Intervalle de suivi:** Radio buttons for "jours", "mois", and "ans", with "mois" selected.
- Checkboxes:** "MIA", "MIA", "Tapis roulant", and "Cardioté".
- Notes diverses:** A large text area for additional notes.
- Table of Exams:** A table with columns "Date", "Type", and "Remarque". It lists various exams such as "Autre examen", "Dilatéte", "Éthographie", "Duplex des Carotides", "Tomodensito.", "Angio/CT", "Clinique de pied", "Clinique prévention secondaire", and "Labo".

2.2. Opération

Mini Gulpser

Modification: CHR. VASCULAIRE : Opération ANNE MARIE, ANNE MARIE (170487 HDQ) (256473 HEJ) (BORIS7 SFA) Age : 77 ans
 DDM : 1939-03-25

1. Opérations : Synthèse des opérations

Date opération : 2014-07-08

no	de	oper	châ	proth	pro	di	pro	a	di	deb	op	pa	fat	et	so	ascop	methode	Complication saisie manuelle
1	08	427	1															<input type="checkbox"/>
2		153	1															<input type="checkbox"/>

Seve : 5
 Age : 73
 Chirurgien : 19

Perles sang : 00

Complications :

Date opération :
 no de oper châ proth pro di pro a di deb op pa fat et so ascop methode

Chirurgien :
 Perles sang :

Fiche en édition

Enregistrer Fermer

2.3. Perméabilité

Mini Gulpser

Modification: CHR. VASCULAIRE : Perméabilité ANNE MARIE, ANNE MARIE (170487 HDQ) (256473 HEJ) (BORIS7 SFA) Age : 77 ans
 DDM : 1939-03-25

1. Perméabilité

Date: 2014-07-08

no	de	oper	châ	proth	pro	di	pro	a	di	deb	op	pa	fat	et	so	ascop	methode	Complication saisie manuelle
1	08	427	1															<input type="checkbox"/>
2		153	1															<input type="checkbox"/>

Seve : 5
 Age : 73
 Chirurgien : 19

Perles sang : 00

Complications :

Date opération :
 no de oper châ proth pro di pro a di deb op pa fat et so ascop methode

Chirurgien :
 Perles sang :

Fiche en édition

Enregistrer Fermer

2.4. Facteurs de risque

Mini Gulpier

Modification **CHIR. VASCULAIRE : Facteurs de risque** ANNE MARIE, ANNE MARIE (179487 HDQ) (256473 HEJ) (80907 SFA) Age : 77 ans
 DDN : 1939-03-25

Chirurgien responsable du suivi actuel: **Robert Veillette**

Facteurs de risque

Date	dia	dys	tab	ali	hta	card	reim	pulm	enc	cid	clq	ind d	ind g	dop d	dop g	suivi op
2014-07-08																Pré-op: 2014-07-08
Précision : Thrombose / embolie																
2014-07-22												0.77				7 j post-op: 2014-07-08
Précision : Clinique de plaies																
2014-07-31																Aucun suivi op Clôture pour agiter
Précision : Clinique de plaies																
2014-08-08	1	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.93				30 j post-op: 2014-07-08
Précision : 15se 30 jours post-op. Clinique de plaies																
2014-12-15	1	4	1	0	3	2	1	1	4	1	1	1.17	1.06			Aucun suivi op Clôture pour agiter
2015-12-21	1	4	1	0	2	3	1	1	4	1	1	1.06	1.01			Aucun suivi op Clôture pour agiter
2016-12-12																Aucun suivi op Clôture pour agiter
																Aucun suivi op Clôture pour agiter
																Aucun suivi op Clôture pour agiter

Fiche en édition

Enregistrer Fermer

2.5. Artériographie

Mini Gulpier

Création **CHIR. VASCULAIRE : Artériographie** ANNE MARIE, ANNE MARIE (179487 HDQ) (256473 HEJ) (80907 SFA) Age : 77 ans
 DDN : 1939-03-25

1 Artériographie

Rapport des artériographies

Nom du chirurgien: **Auger Paul**

Date prévue: mois en: Heure prévue:

Dossier complété: oui non

Remarque:

Infirmière: **DOMAIN, CHLOE/PHICOL**

Fiche en création

Enregistrer Fermer

3. CONTENTION ISOLEMENT (2 FORMULAIRES)

Mise en production :	11 novembre 2011
Utilisateurs :	Personnel infirmier
Description :	
Les formulaires sont utilisés pour suivre les mesures de contrôles en contention et isolement appliquées chez un usager. Une réévaluation régulière est nécessaire.	
Formulaires :	
Mesures de contrôle Réévaluation	

3.1. Mesures de contrôle

The screenshot shows a web-based form titled 'CONTENTION / ISOLEMENT : Mesures de contrôle'. The form is organized into several sections:

- 1. ÉVALUATION**: Includes a date field (2016-12-12), a dropdown for 'Comportements observés' (Agressivité), a text area for 'Préciser les comportements observés', and another text area for 'Autres facteurs contribuant au risque'.
- 2. ANALYSE / INTERPRÉTATION**: Includes a dropdown for 'Causes possibles des comportements observés', a 'Risque pour la sécurité' section with checkboxes for 'Usager' and 'Autour', and radio buttons for 'Sévérité et imminence du risque' (Oui/Non) and 'Contexte' (d'intervention non planifiée/plannée).
- 3. PLANIFICATION DES INTERVENTIONS**: Includes a text area for 'Mesures de remplacement tentées sans succès' and a dropdown for 'Réaction du patient'.
- 4. COMMUNICATION**: Includes radio buttons for 'Consentement libre et éclairé', 'Personne apte', and 'Personne inapte ou mineure', and a date field for 'Date / heure de l'autorisation ou du refus'.

Below the main form, there are additional options for 'Consentement écrit', 'Consentement verbal', and 'Consentement téléphonique'. Section 'B) Type de mesure' includes dropdowns for 'Contention au lit' and 'Accessoire (spécifier)', a 'Grandeur' dropdown, and checkboxes for 'Contention au fauteuil' (De chambre, Géométrique, Roulant, Autre) and 'Type de contention' (Ceinture pelvienne, Tablette au fauteuil). Section 'C) Personnes consultées dans la prise de décision' includes checkboxes for 'Médecin', 'Infirmière au chevet', 'Coordonnatrice, AIC ou autre infirmière', 'Autre(s) intervenant(s), préciser', 'Ergothérapeute', and 'Physiothérapeute', along with name and number fields. A 'Signature' field and a 'Signer la mesure de contrôle' button are also present.

3.1. Réévaluation

Mini Gulpier
Création: **CONTENTION / ISOLEMENT : Réévaluation** | **BENOIT, BENOIT** (00012 CHL) | (751937 HDQ) | **(7306E3 SFA)** | Age : 52 ans
CCN : 1964-05-22

REÉVALUATION

Comportements observés : Agressivité
Préciser les comportements observés :
Autres facteurs contribuant au risque :
Décision : Reprise de la mesure de contrainte | Date de décision : 2016-12-12 | 14:20
Mesures de remplacement tentées sans succès (liées à la personne, à l'aménagement physique, à l'environnement humain, à l'organisation du travail, à l'aspect psycho-social et culturel):
Réaction du patient :

COMMUNICATION

Consentement libre et éclairé :
Type de mesure :
Contention au lit :
Accessoire (spécifier) :
Grandeur :
Contention au fauteuil :
Type de fauteuil : De chambre Gériatrique Roulant Autre
Type de contention : Ceinture peviernne Tablette au fauteuil
Isolement :
Personnes consultées dans la prise de décision :

Médecin Ergothérapeute
 Infirmière au chevet Psychothérapeute
 Coordonnatrice, AIC ou autre infirmière
 Autre(s) intervenant(s), préciser

Signature :

Une modification a été apportée à la fiche.

4. ERGOTHÉRAPIE (50 FORMULAIRES)

Mise en production :	Décembre 2011
Utilisateurs :	Ergothérapeutes
Description :	
Utilisé par les ergothérapeutes pour documenter leur travail auprès des usagers.	
Formulaires :	
Positionnement - Intervention préventive et curative MCRO AMPS PRPP Gestion financière Évaluation perceptive OSOT Évaluation détaillée des fonctions des membres supérieurs Entrée en matière Environnement Domaines du rendement occupationnel Spiritualité ILS Conduite automobile Dimensions du rendement occupationnel Analyse Plan d'intervention Chirurgie de la main Clientèle de la consultation externe spécialisée de gériatrie et de gérontopsychiatrie du CHUL Dimensions du rendement occupationnel Entrée en matière Domaines du rendement occupationnel Évaluation de l'alimentation maison Environnement Dimensions du rendement occupationnel physique Dimensions du rendement occupationnel cognitif Dimensions du rendement occupationnel affectif Plan d'intervention / recommandations Objectifs clientèle adolescente Dimensions du rendement occupationnel Spiritualité Analyse Positionnement - Intervention préventive et curative Entrée en matière Spiritualité Évaluation de la capacité à gérer ses biens IUSMQ Évaluation de l'alimentation maison	

Interventions
Plan d'intervention recommandation
TVPS
Analyse
Environnement
Domaines du rendement occupationnel
Dimensions du rendement occupationnel affectif
Dimensions du rendement occupationnel cognitif
Dimensions du rendement occupationnel affectif et cognitif
Dimensions du rendement occupationnel physique
Bébé 32-34
Bébé 34-36
Bébé 36-38
Bébé 38-40

4.1. Positionnement - Intervention préventive et curative

The screenshot shows a web-based clinical data entry form titled "ERGOThERAPIE : Positionnement, Intervention préventive et curative". The form is displayed in a browser window (Mini Gulpes) and includes the following fields and sections:

- Création:** ERGOThERAPIE : Positionnement, Intervention préventive et curative
- Identifiant:** CARL, CARL (122667 CR66)
- Site:** (14240 HES)
- DDN:** (20872 H55)
- Âge:** 68 ans
- Sexe:** Homme
- DDN:** 1948-03-21
- Site:** CHUL
- 1. ENTRÉE EN MATIÈRE:**
 - Données obtenues par: [dropdown]
 - Âge: 68 ans | Âge corrigé: [dropdown]
 - Admis / Inscrit: [radio buttons] | [calendar icon]
 - Raison d'admission et autres informations pertinentes à la demande: [text area]
 - Antécédents et conditions associés pertinents: [dropdown]
 - Autre: [text area]
 - Examen: Se référer au dossier médical
 - Médication: Se référer au dossier médical
 - Médication pertinente à documenter: [text area]

Ordonnances, contre-indications et précautions

Se référer au dossier médical

Ordonnances, contre-indications et précautions :

Autre :

Contexte de la demande

Référé en ergo le : s | - | - |

Référé en ergo par :

Référé en ergo pour :

Date(s) d'évaluation(s) : s | - | - | **Date évaluation**

Le client / la cliente est val(e) en ergothérapie pour évaluer son niveau de fonctionnement dans l'environnement actuel et émettre des recommandations pour :

Consentement :

- Le consentement à participer à l'évaluation/intervention proposée a été obtenu auprès du client.
- Le consentement à participer à l'évaluation/intervention proposée a été obtenu auprès de la cliente.
- L'état clinique du client ne permet pas d'obtenir son consentement à l'évaluation/intervention.
- L'état clinique de la cliente ne permet pas d'obtenir son consentement à l'évaluation/intervention.
- Le consentement à participer à l'évaluation/intervention proposée a été obtenu auprès d'un proche.

Environnement à domicile et fonctionnement occupationnel antérieur :

2. DONNÉES SUBJECTIVES (DONNÉES OBTENUES PAR ENTREVUE)

Données obtenues par :

Données subjectives :

Attentes du client / de la cliente :

3. ENVIRONNEMENT

Données obtenues par :

Environnement physique

Lit

Surface d'appui :

- En place
- Déjà essayé

Caractéristiques du lit :

Autre :

Positionnement actuel :

Fauteuil

Autre

Environnement social

Environnement institutionnel

4. DOMAINE DU RENDREMENT OCCUPATIONNEL

Données obtenues par :

Mobilité

Mobilité	Autonome	Aide requise	Non évalué	Commentaires
Au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DD ↔ Assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assis ↔ Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Élimination

Fonction(s) vésicale(s) Fonction(s) intestinale(s) Habitude(s) d'élimination(s)

Informations supplémentaires :

Autres activités

5. DIMENSIONS DU RENDREMENT OCCUPATIONNEL

Données obtenues par : [input type="text"]

Dimension physique

Observation générale : [input type="text"]

Condition cutanée

Intégrité de la peau préservée

Historique de la plaie : [input type="text"]

Échelle de Braden [Sélectionner une Braden] [OK] [Annuler]

Pas d'échelle de Braden complétée disponible au dossier

Date de l'échelle de Braden sélectionnée : [input type="text"]

Cote : [input type="text"]

Niveau de risque : [input type="text"]

Intégrité de la peau / Localisation de la plaie

Données obtenues par : [input type="text"]

Observations

Discussions avec les intervenants

Consultation du dossier médical (notes de l'infirmière)

Consultation du dossier médical (notes du stomathérapeute)

Formulaire déclaration de plaie [OK]

Site	Côté	Stade	Description
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]
[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]	[input type="text"]

Dimension cognitive / affective

Qualité de réveil / comportement : [input type="text"]

Communication : [input type="text"]

Compréhension des consignes et capacité à les suivre : [input type="text"]

6. ANALYSE

Analyse : [input type="text"]

7. PLAN D'INTERVENTION / RECOMMANDATION

Dans le but de : [input type="text"]

Interventions recommandées : [input type="text"]

Autre : [input type="text"]

L'accord avec le plan d'intervention proposé est obtenu auprès du client.

L'accord avec le plan d'intervention proposé est obtenu auprès de la cliente.

L'accord avec le plan d'intervention proposé est obtenu auprès d'un proche.

L'état clinique du client ne permet pas d'obtenir son accord avec le plan d'intervention proposé.

L'état clinique de la cliente ne permet pas d'obtenir son accord avec le plan d'intervention proposé.

Interventions réalisées

Équipements installés :

As fauteuil :

Coussin latex

Coussin Rico

Coussin Gel

Tabouret

Autre [input type="text"]

As lit :

Coussin biseau

Botte(s) de positionnement

Autre [input type="text"]

Enseignement

- Explication et schéma du positionnement à préciser placé au chevet
- Principes de base de prévention des plaies
- Recommandations transmises à l'équipe de soins
- Autre

Changement de mobilier

- Fauteuil
- Lit
- Surface d'appui
- Chaise d'aisance au chevet

Autre

- Rappel fait au personnel infirmier de compléter l'échelle de Braden
- Rappel fait au personnel infirmier de compléter le formulaire de déclaration de plaie
- Autre

Suivi

- Suivi.
- Pas de suivi prévu. Nous relancer au besoin.
- Prise en charge globale du client en ergothérapie à venir.
- Veuillez aviser le département d'ergothérapie lorsque les séances au fauteuil seront oubliées pour qu'une évaluation des besoins de positionnement en position assise soit faite.
- Veuillez m'aviser lors du prochain changement de pansement afin que je puisse visualiser la plaie.

Signature

Stagiaire : _____
Ergothérapeute : _____ [Signer cette évaluation](#)
Date : _____

Fiche en création

[Enregistrer](#) [Fermer](#)

4.2. MCRO - Entrée en matière

Mini Gulpert

ERGOTHERAPIE : Entrée en matière

ANNE MARIE, ANNE MARIE (170487 HDG) (256473 HEJ) (808867 SFA)
CCN : 1939-03-25 Age : 77 ans

Titre du rapport : _____
Données obtenues par : _____

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Sexe : Femme
Âge : 77 ans
Admis / Inscrit
Date d'admission : 2016-12-12
Lieu d'admission : SFA
Raison d'admission et autres informations pertinentes à la demande : _____
Autre(s) information(s) recueillie(s) : _____

CHIRURGIE

Date : _____
Médecin : _____
Types de chirurgies : _____

ORDONNANCES PERTINENTES AUX ÉVALUATIONS/INTERVENTIONS EN ERGOTHÉRAPIE

Post opératoires : _____
Généralistes : _____

ANTÉCÉDENTS ET CONDITIONS ASSOCIÉS PERTINENTS À DOCUMENTER

Autre : _____

MÉDICATION PERTINENTE À DOCUMENTER

Se référer au dossier médical pour une liste de médication complète

EXAMENS SPÉCIALISÉS

Se référer au dossier médical pour une description de tous les examens

ÉVALUATION(S) ANTÉRIEURE(S) EN ERGOTHÉRAPIE

RÉFÉRENCE EN ERGOTHÉRAPIE

Date de référence : [a] [m] [a]

Médecin référant : [P] [D] [SP] []

Référé en ergothérapie pour : []

Recadrage du motif de référence

L'utilisateur est vu en ergothérapie pour :

Chirurgie de la main []

Néphro []

Santé physique / gériatrie []

Date(s) d'évaluation : []

CONSENTEMENT

Consentement

La source et le motif de référence en ergothérapie, le rôle de l'ergothérapeute et les services qui seront offerts ont été expliqués. L'utilisateur comprend et consent à l'évaluation/intervention en ergothérapie.

L'utilisateur ne démontre pas de signe de refus à participer à l'évaluation/intervention proposée.

L'utilisateur refuse d'être évalué en ergothérapie.

ATTENTES DE L'USAGER

Autre : []

Fiche en création

[] Enregistrer [] [] Fermer

6. ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE (1 FORMULAIRE)

Mise en production :	Juillet 2010
Utilisateurs :	En saisie : Personnel infirmier En lecture : médecins, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychologues
Description :	
Utilisé à l'urgence et sur certaines unités de psychiatrie pour déterminer le risque suicidaire de l'usager.	
Formulaires :	
Évaluation de l'urgence suicidaire	

6.1. Évaluation de l'urgence suicidaire

7. FIBROSE KYSTIQUE PÉDIATRIQUE ET ADULTE (MUCOVISCIDOSE) (4 FORMULAIRES)

Mise en production :	6 avril 2011
Utilisateurs :	Personnel infirmier, médecins
Description :	
Le formulaire est utilisé pour faire le suivi des interventions auprès des usagers atteints de fibrose kystique. En plus d'être le registre local des usagers atteints de FK, les données sont également utilisées pour des fins statistiques et pour des études de cas sur la clientèle.	
Formulaires :	
Fiche clinique Physiothérapie Fiche clinique adulte Physiothérapie adulte	

7.1. Fiche clinique

The screenshot shows a web-based clinical form titled "FIBROSE KYSTIQUE : Fiche Clinique". The interface includes a navigation bar with tabs for "Création", "FIBROSE KYSTIQUE : Fiche Clinique", and "DML-LED, DML-LEE". The form is organized into three main sections:

- 1. CIRCONSTANCES:** Contains fields for "Médecin", "Médecin référant", "Date" (with a date picker set to 2016-12-14), "Cadre de l'intervention", "Date diagnostic", "Raison", "Test à la sueur", "Elastase", "Mutations", and "No famille".
- 2. HISTORIQUE:** Contains "Problèmes" and "Recherche" fields.
- 3. PLAN DE TRAITEMENT:** Includes a "Copier les données du Traitement de sorte antérieur" button, and lists for "Enzymes repas", "Enzymes collation", "Vitamines", "Suppléments", "Physiothérapie respiratoire", "Nébulisations", "Traitement de l'hypersensibilité bronchique", "Antibiothérapie", and "Autres".

4. ACTIVITÉS DE LA VIE COURANTE

Adresse courriel :

Scolaire / professionnelle : Activités sportives et loisirs :

Situation familiale : Environnement :

Assurance médicaments : RAMQ Privé

Coordonnées de la pharmacie : Téléphone : () - - Fax : - -

5. ÉVALUATION CLINIQUE

Poids (kg) : Poids idéal (kg) : Taille (cm) : IMC : Percentile : FC : bpm

Demier Poids (kg) : Taille (cm) : FR : R/min

Périphère crânien (cm) : Stade pubertaire (1 à 5) : Braffeld (1 à 25) : SaO2 (%) : Avec O2 Débit (l/min) : TA : mmHg

Examen physique

Peau et coloration : Normal Hippocratismes digital : Non

ORL : Normal

Poumons : Normal

Coeur : Normal

Abdomen : Normal

Neuromusculaire : Normal Cage thoracique et rachis : Normal

Autre :

Atteinte respiratoire symptomatique : Oui Non

Encombrement : Dyspnée :

Auscultation :

Traitement ATB PO intercurrent : Oui Non Lequel :

Hémoptysie : Oui Non Intolérance à l'effort : Oui Non

Autres pulmonaires :

Atteinte digestive symptomatique : Oui Non

Nbr de selles par jour : Entre et

Douleur abdominale : Oui Non

Présence d'huite : Oui Non

Autres digestifs :

Atteinte ORL symptomatique :

Vaccination :

Culture : Expecto Pharyngée Non faite Autres

Clapacia Mycobactéries

6. NOTE D'ÉVOLUTION

Médecin :

Infirmière :

Nutritionniste :

Inhalothérapeute :

Travailleur social :

Pharmacien :

Psychologue :

Physiothérapie :

Autre :

Physiothérapeute :

7. SPIROMÉTRIE

Âge : 2 ans et 7 ans Poids : Taille :

	Prédite	Pré BD	% Pré	Post BD	% Post
CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS % CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMM 25/75 (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 dernières spirométries (% Post)					
CVF (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMM 25/75 (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Historique Laboratoire **Historique Imagerie**

Bilan :

Radio pulmonaire :

Echo abdominale :

Ostéodensitométrie :

HGOP : 0h : 2h :

Autres :

Autres :

Autres :

9. BACTÉRIOLOGIE

Aucune culture précédemment saisie

5 dernières cultures saisies

10. TRAITEMENT DE SORTIE

Enzymes repas :

Enzymes collation :

Vitamines :

Suppléments :

Physiothérapie respiratoire :

Nébulisations :

Traitement de l'hypersensibilité bronchique :

Antibiothérapie :

Autres :

Commentaires :

Plan d'intervention d'équipe :

Prochaine visite dans :

Fiche en création

7.2. Physiothérapie

Mini Gulper

Création **FIBROSE KYSTIQUE : Physiothérapie** ESTERAN, ESTESAN (1260332 CHM) Age : 6 ans
 DCM : 2010-01-12

1. TOUX

Oui Non

Fréquence par rapport à l'habitude : Même ↑ ↓

Caractéristiques : Gras Sèche

Forte Faible

Contrôlée Quinteuse

Quand : Spontanée Avec physio À l'exercice

Rare Occasionnelle Quotidienne

Productif : Oui Non

Avarié Crache

Expecto : Blanc Jaune Vert - + ++

Brun Sang

2. ACTIVITE PHYSIQUE

Activité physique

Nom de l'activité	Fréquence	Durée
	X/sem	mm
	X/sem	mm
	X/sem	mm

Tolérance à l'effort : Oui Non

Marche 5 minutes

5 minutes step test

Shuttle test

Autre

3. TECHNIQUES DE PHYSIOTHERAPIE REPARATOIRE

Fréquence prescrite : Jsem. Réelle : Jsem. Durée : min.

Satisfaction : - + ++ +++

	Début	Cesse	Séries
<input type="checkbox"/> Clapping	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PEP ouverture : mm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PEP SALIN ouverture : mm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> JACARIELLA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cycle actif	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Drainage autogène	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Qualité d'exécution : Très bien Bien À améliorer

Bouche ouverte Bouche fermée

Joux contractées Joux gonflées

Type de supervision : Autonome De loin Étroite

Rythme : Adéquat Trop vite Trop lent

Volume inspiratoire : Adéquat Augmenté Diminué

Durée d'inspiration : Adéquate Trop courte Inconstante

Pause inspiratoire : Oui Non

Débit expiratoire : Adéquat Trop fort Trop faible

Durée expiration : Adéquate Trop courte Trop longue

Pince-nez : Oui Non Masque

Patron respiratoire : Diaphragmatique Costal Apical

Position du corps : Dos appuyé Coude appuyés avant

4. HUFFING

Huffing haut volume : Enseigné : Oui Non Fait : Oui Non

Position du corps : Ok Affaiblie Dos appuyé

Adduction MS : Oui Non Nécessaire

Cou : Ok Flexion Extension

Bouche : A O

Volume inspiratoire : Adéquat Augmenté Diminué

Force de l'expiration : Adéquate Insuffisante

Durée : Adéquate Augmentée Diminuée

Fermeture laryngée : Oui Non

Efficacité : Oui Non

Huffing moyen volume : Enseigné : Oui Non Fait : Oui Non

Position du corps : Ok Affaiblie Dos appuyé

Adduction MS : Oui Non Nécessaire

Cou : Ok Flexion Extension

Bouche : A O

Volume inspiratoire : Adéquat Augmenté Diminué

Force de l'expiration : Adéquate Insuffisante

Durée : Adéquate Augmentée Diminué

Fermeture laryngée : Oui Non

Efficacité : Oui Non

5. PATRON RESPIRATOIRE

	COUCHÉ	ASSIS
Diaphragmatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latéro-costal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costal haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THORAX : Côtes inférieures : Descendues Pectus excavatum : Oui Non
 Flaring

Diamètre AP : Normal Augmenté Diminué

Ouverture costale inférieure à capacité vitale : cm

6. POSTURE

Cyphose dorsale : Non Augmentée Diminué

Omoplate : Protraction - Élévation Décollement bord interne Décollement angle inférieur Adduction

Abdomen : Bon tonus Grands droits raccourcis Relâché

Distance bord postérieur acromion-mur : cm

Distance tête-mur : cm

Distance région lombaire-mur : cm

EXERCICES RECOMMANDÉS :

Superman : Oui Non Fat : Oui Non

Ange-neige : Oui Non Fat : Oui Non

Rotation externe à 90° d'abduction : Oui Non Fat : Oui Non

Abdominaux : Oui Non Exercices : Répétitions : Fails : Oui Non

Autres :

7. INCONTINENCE URINAIRE

Présence : Oui Non Quantité : Gouttes + ++

Fréquence : Très rare Quotidien Souvent

Quand : Toilette Nuit Rare

Conseils donnés : Oui Non Suivis : Oui Non

Exercices recommandés : Oui Non

Contractions : Rapides Prolongées

Falles : Oui Non Oui Non

Fiche en création

7.3. Fiche clinique adulte

Mini Gulpser

FIBROSE KYSTIQUE : Fiche clinique Adulte ESTERAN, ESTERAN (1260332 CHR) Age : 6 ans

DOB : 2010-09-12

1. CIRCONSTANCES

Médecin :

Date : 2016-12-12 Age : 6 ans

Cadre de l'intervention :

Date diagnostic : Age au diagnostic :

Raison :

Type de naissance :

Problème à la naissance :

Race :

Province :

Municipalité :

Transfert :

Test à la sueur (meq/L) :

Élastase (ug/g) :

Mutations :

No famille :

2. HISTORIQUE

Problèmes :

Transplantation :

Recherche :

3. PLAN DE TRAITEMENT

Enzymes repas :

Enzymes collation :

Vitamines :

Suppléments :

Physiothérapie respiratoire :

Nébulisations :

Traitement de l'hypernébulosité bronchique :

Antibiothérapie :

Autres :

4. ACTIVITÉS DE LA VIE COURANTE

Adresse courriel :

Scolaire / professionnelle :

Activités sportives et loisirs :

Situation familiale :

Environnement :

Assurance médicaments : RAMQ Privé

Nom de la pharmacie :

Coordonnées de la pharmacie : Téléphone : Fax :

5. ÉVOLUTION CLINIQUE

Poids (kg) : Taille (cm) : IMC : FC : bpm

FR : R/min

SAO2 (%) : Avec O2 Débit (l/min) : TA : / mmHg

Examens physiques

Hippocratismes digitaux :

ORL :

Poumons : Normal

Coeur : Normal

Abdomen : Normal

Autre :

Atteinte respiratoire symptomatique : Oui Non

Encombrement : Dyspnée :

Auscultation :

Traitement ATB PO intercurrent : Oui Non Lequel :

Hémoptysie : Oui Non Intolérance à l'effort : Oui Non

Autres pulmonaires :

Atteinte digestive symptomatique : Oui Non

Nbr de selles par jour : Entre et

Douleur abdominale : Oui Non

Présence d'huite : Oui Non

Autres digestifs :

Atteinte ORL symptomatique :

Vaccination :

6. NOTES D'ÉVOLUTION

Médecin :

Infirmière :

Nutritionniste :

Inhalothérapeute :

Travailleur social :

Pharmacien :

Autre :

Physiothérapeute :

7. PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

Âge : ans Poids : Taille :

Date à la spirométrie :

	Prédite	Pré BD	% Pré	Post BD	% Post
CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vems (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS % CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMM 25/75 (L/s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 dernières spirométries (% Post)

	Prédite	Pré BD	% Pré	Post BD	% Post
CVF (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMM 25/75 (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date au bilan de base :

	Prédite	Pré BD	% Pré	Post BD	% Post
CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vems (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS % CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMM 25/75 (L/s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CPT (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VR (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DLCO (ml/min/1.37m)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Test à la marche a | = | a

Distance (m)	<input type="text"/>
Prédate (m)	<input type="text"/>
% de la prédate	<input type="text"/>
SpO2 0 min. (%)	<input type="text"/>
SpO2 6 min. (%)	<input type="text"/>

8. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Historique Laboratoire **Historique Imagerie**

Bilan sanguin : a | = | a

Radio pulmonaire : a | = | a

Echo abdominale : a | = | a

Ostéodensitométrie : a | = | a

HGOP : a | = | a Oh: 2h:

9. MICROBIOLOGIE

Culture : Expecto Pharyngie

Bactériologie : a | = | a

Mycobactérie : a | = | a

Mycose : a | = | a

Aucune microbiologie précédemment saisie 5 dernières microbiologie saisies

10. TRAITEMENT DE SORTIE

Enzymes repas : a | = | a

Enzymes collation : a | = | a

Vitamines : a | = | a

Suppléments :

Physiothérapie respiratoire : a | = | a

Nébulisations : a | = | a

Traitement de l'hypersensibilité bronchique : a | = | a

Antibiothérapie : a | = | a

Autres : a | = | a

Commentaires :

Plan d'intervention d'équipe :

Prochaine visite dans :

Fiche en création

8. GÉRIATRIE (3 FORMULAIRES)

Mise en production :	18 novembre 2008
Utilisateurs :	Personnel infirmier (unités de soins de gériatrie)
Description :	Le formulaire EIG (équipe d'intervention gériatrique) est utilisé pour maintenir et suivre les admissions/inscriptions ainsi que les départs de la clientèle gériatrique. Il permet aussi de faire des suivis durant le séjour des usagers en CH.
Formulaires :	EIG Suivi et évolution ISAR (Identification Systématique des Aînés à Risque)

8.1. EIG

The screenshot displays the 'GÉRIATRIE : EIG' form in a web browser window. The patient information at the top includes: ANDRE, ANDRE (1460877 CHRL), (789944 HDQ), (275106 HE3), (769193 H55), (430463 SF5), and Age: 96 ans.

1. PRISE EN CHARGE

Inscription à l'urgence: 2015-12-22
 Date d'admission: 2015-12-22
 Âge du patient: 96 ans
 Raison d'admission: Perte d'autonomie
 Provenance du patient: [dropdown]
 Responsable: [dropdown]
 Prise en charge par EIG: [dropdown]

Types de prise en charge: [dropdown]
 Commentaires: [text area]

Raisons indicatives: [dropdown]
 Commentaires: [text area]

Provenance de la demande: Um: [dropdown] Spécialité: [dropdown]
 Raisons de la demande: [dropdown]
 Commentaires: [text area]

Client RSIPAPA: Oui Non
 ISAR Urgence: [dropdown]
 ISAR EIG (dernière fiche): Pointage: n/a

2. SUIVI ET ÉVOLUTION

Date	Domaine de consultation	Raisons de consultation	Statut
		Aucun suivi	

3. LIAISON / ORIENTATION DE DÉPART

Intervenant de liaison	Date de demande	Date d'acceptation	Date d'annulation

Rencontre avec la famille: Oui Non
 Date de départ urgence: [dropdown]
 Fin de prise en charge: [dropdown]
 Date de départ: [dropdown]
 Commentaires: [text area]

Fiche en création
 [Enregistrer] [Fermer]

8.2. Suivi et évolution

8.3. ISAR

COCHER LA CASE APPROPRIÉE ET SUIVRE LA CONSIGNE ASSOCIÉE À LA SITUATION	USAGER, ou infirmière, complice ISAR
<input type="checkbox"/> Usager orienté dans le temps et l'espace.	Usager, ou infirmière, complice ISAR.
<input type="checkbox"/> Usager orienté dans le temps et l'espace, mais ne peut compléter ISAR pour diverses raisons (ne peut lire, déficience physique, ...)	Usager complète ISAR avec l'aide d'une infirmière ou de la personne significative.
<input type="checkbox"/> Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative disponible.	Personne significative ou infirmière complice ISAR.
<input type="checkbox"/> Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative non disponible.	Référence à l'infirmière EIG.
<input type="checkbox"/> Usager médicamenteusement instable.	Dépistage impossible, reporter et aviser l'infirmière EIG.

9. NÉPHROLOGIE (13 FORMULAIRES)

Mise en production :	2014
Utilisateurs :	Personnel infirmier, médecins
Description :	
Ces formulaires permettent le suivi complet d'un usager en néphrologie. C'est le point de départ du DCI de néphrologie au CHUQ	
Formulaires :	
Profil néphrologique permanent Statut Greffe Donneur Chirurgie Événements et suivis Diagnostic/Symptôme Cause Investigation/Résultat Médication Hospitalisation Intervention Fonction rénale	

9.1. Profil néphrologique permanent

The screenshot shows a web browser window with the following content:

- Page Title:** NÉPHROLOGIE : Profil néphrologique permanent
- Header:**
 - Identification: NICOLE, NICOLE (94627 CHL), (210913 HDQ), (187072 HE), (802603 HD5), (2147 SP4)
 - CCN: 1943-06-17
 - Age: 73 ans
- Identité du patient:**
 - Nom: NICOLE, NICOLE
 - Prénoms: SIMONE, SIMONE
 - Père: JEAN-MARIE, JEAN-MARIE
 - Date de naissance: 1943-06-17
 - Age: 73
 - Sexe: Féminin
 - Adresse: 742 Evergreen Terrace (Springfield)
 - Téléphone: (418) 355-4201
 - NAM (RAMQ): ABCDD1234567
- 1. PROFIL NÉPHROLOGIQUE:**
 - Série: #
 - Race: [Caucasien blanc]
 - Groupe sanguin: []
 - Élément distinctif (pour homonyme): []
 - RCITO: []
 - Maladie ayant causé l'insuffisance rénale chronique: []
 - Date dernière visite CHUQ: 2016-12-07
 - Date dernier contact: []
 - Province: []
 - Établi installation: []
 - Date: []

9.2. Greffe

Mini Gulpier
(94527 CHL) (210913 HDQ) (187072 HD3) (805653 HD5) (3247 SP1)

Modification
NEPHROLOGIE : Greffe

DOE : 1943-06-17
Age : 73 ans

1. RECEVEUR - INSCRIPTION

Date référence: Équipe traitante: Province: Québec (QLB)

Première visite: Établi/Installation: CHUQ - Québec

Informant(s):

Médecin:

Acceptation Refus Date de décision: Raison de refus:

Retrait temporaire Date de retrait: Raison de retrait: (voir événements et suivis)

Retrait définitif Date de retrait: Raison de retrait:

Hors CHUQ

2. RECEVEUR - PROFIL CLINICO-ADMINISTRATIF ÉVOLUTIF

Date du bilan initial: Date de mise à jour:

Poids: kg Taille: m IMC:

Maladie coronarienne: Oui Non Inconnu

Coronarographie: Oui Non

Revascularisation: Oui Non

Pontage: Oui Non

Angioplastie: Oui Non

Hypertension: Oui Non Inconnu Nbr de médicaments:

Diabète: Oui Non Inconnu

Type 1 Type 2 Inconnu Date approx. diagnostic: Âge:

Type de traitement:

Néoplasie (antérieure)

Groupe tumeur	Date approx. diagnostic	Âge	Précision
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Malade vasculaire: Oui Non Inconnu Revascularisation: Oui Non

Malade cérébro-vasculaire: Oui Non Inconnu Revascularisation: Oui Non

MPOC: Oui Non Inconnu

Tabagisme: Jamais Ex-fumeur Fumeur actif Inconnu Nbr paquets-année:

Grossesse: Oui Non

Gravida: Para: Aborta: Nbr: La plus récente transfusion pré-greffe:

Transfusions: Oui Non Inconnu

Reflux vésico-urétéral étou hydropnéphrose: Oui Non Inconnu

Néphrectomie: Oui Non Inconnu Droit Gauche

Spinectomie: Oui Non Inconnu

Évaluation générale: Bonne Moyenne Mauvaise

Crâniens: Âge Diabète Cardio-vasc. Obésité Autre

Invalidité permanente: Oui Non Inconnu

Travail étou Études: Oui Non Inconnu Occupation: Temps complet Partiel

3. RECEVEUR - SÉROLOGIE

CMV IgG: Positif Négatif À venir Non fait

EBV VCA IgG: Positif Négatif À venir Non fait

EBNA IgG: Positif Négatif À venir Non fait

EBNA IgM: Positif Négatif À venir Non fait

Variçelle: Positif Négatif À venir Non fait

HIV: Positif Négatif À venir Non fait

HSV: Positif Négatif À venir Non fait

Autres sérologies - Précisions:

HBsAg: Positif Négatif À venir Non fait

Anti HBsAg: Positif Négatif À venir Non fait

Titre:

Anti HBcore: Positif Négatif À venir Non fait

Hep. C: Positif Négatif À venir Non fait

RPR (syphilis): Positif Négatif À venir Non fait

PPD: mm Non fait

Quantiféron: Positif Négatif À venir Non fait

4. RECEVEUR - ÉVOLUTION DE LA GREFFE

Date perte greffon: Cause principale:

Précisions:

Causes secondaires:

Date reprise dialyse: Équipe traitante - Province:

Transplantectomie: Oui Non Établi/Installation:

Date:

Donneur

Donneur	Donneur	Cause du décès
Donneur Cadavérique	61 ans	Fémin Cause du décès: Accident vasculaire cérébral non identifié

Fiche en édition

9.3. Donneur

Mini Gulpier

Modification: NEPHROLOGIE : Donneur

NICOLE, NICOLE (94627 CHLL) (210913 HDQ) (187072 HD3) (805653 HD5) (2147 SP1)
 DON : 1943-06-17 Age : 73 ans

1. PROFIL

Type de donneur : Vivant Cadavérique

Nom, Prénom : CAROL PIERRETTE

No dossier HDQ :

Lien avec receveur :

Précision :

Centre de prélèvement :

Age : 61 ans Sexe : F Race : Caucasien (blanc) Groupe sanguin :

ou mois (0-59 pour les enfants) Poids : kg Taille : m IMC :

HTA : Oui Non Inconnu Durée :

Diabète : Oui Non Inconnu Durée :

Traitement : Oui Non Inconnu Nbr traitements :

Dyslipidémie : Oui Non Inconnu Durée :

Néoplasie : Oui Non

Autres antécédents pertinents ou précisions :

Tabagisme : Jamais Ex-fumeur Fumeur actif Inconnu Nbr paquets-année :

Drogues IV : Jamais Ex-consommateur Consommateur actif Inconnu

Autres facteurs de risque :

2. SÉROLOGIE

CMV IgG : Positif Négatif À venir Non fat

EBV VCA IgG : Positif Négatif À venir Non fat

EBNA IgG : Positif Négatif À venir Non fat

EBNA IgM : Positif Négatif À venir Non fat

Varicelle : Positif Négatif À venir Non fat

HBSAg : Positif Négatif À venir Non fat

Anti HBSAg : Positif Négatif À venir Non fat

Anti HBcore : Positif Négatif À venir Non fat

Anti HBcore IgG : Positif Négatif À venir Non fat

Anti HBcore IgM : Positif Négatif À venir Non fat

Autres sérologies et précisions :

Hep C : Positif Négatif À venir Non fat

HIV : Positif Négatif À venir Non fat

HTLV 1-2 : Positif Négatif À venir Non fat

PP24 : Positif Négatif À venir Non fat

RPR (Syphilis) : Positif Négatif À venir Non fat

PPD : mm Non fat

VNO : Positif Négatif À venir Non fat

3. FONCTION RENALE

	Date de la créatinine	Créatinine (micromoles)	Clairance Cockcroft-Gault ml/min	Clairance CKD-EPI (ml/min/1,72m ²)	Analyse d'urine		
					Densité	Sang	Protéine
Antérieure	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
À l'admission	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pic	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dernier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inconnu	<input type="text"/>	62		94	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. DESCRIPTION RADIOLOGIQUE DES REINS

Évaluation radiologique des reins : Oui Non

Echographie : Oui Non

Dimensions : Longueur : cm Largeur : cm

Cicatrice : Oui Non Inconnu

Kyste : Oui Non Inconnu

Lithase : Oui Non Inconnu

Précision :

TDM/angi-TDM : Oui Non

Dimensions : Longueur : cm Largeur : cm

Cicatrice : Oui Non Inconnu

Kyste : Oui Non Inconnu

Lithase : Oui Non Inconnu

Duplication unilatérale : Oui Non Inconnu

Artères : Veines :

Précision :

IRM/angi-IRM : Oui Non

Dimensions : Longueur : cm Largeur : cm

Cicatrice : Oui Non Inconnu

Kyste : Oui Non Inconnu

Lithase : Oui Non Inconnu

Duplication unilatérale : Oui Non Inconnu

Artères : Veines :

Précision :

Angiographie : Oui Non

Rein droit

Artères : Veines :
 Précision :

Scintigraphie : Oui Non

Rein droit

Dimensions : Longueur : cm Largeur : cm
 Cicatrice : Oui Non Inconnu
 Précision :
 Fonction différentielle : %

Rein gauche

Artères : Veines :
 Précision :

Rein gauche

Dimensions : Longueur : cm Largeur : cm
 Cicatrice : Oui Non Inconnu
 Précision :
 Fonction différentielle : %

5. PRÉLEVEMENT

Infection avant ou au prélèvement : Oui Non

	Agent	Traitement
Urinaire	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Pulmonaire	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Bactériémie	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
SNC	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Autre	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	

Arrêt cardiaque : Oui Non Réanimation : Oui Non Durée : minutes
 Anurie au prélèvement : Oui Non Inconnu
 Traitements pré-prélèvements : Oui Non
 Autres organes prélevés : Oui Non Inconnu
 Liquide perfusion utilisé : (UW (Baxter))

Clampage - Donneur vivant

Date Hre Min Délai
 Clampage artère rénale :
 Perfusion rénale :
 Ischémie chaude initiale :

Clampage - Donneur cadavérique - Décès cardio-circulatoire

Date Hre Min Délai
 Retrait traitements de maintien :
 TAM à 50 mm Hg :
 Décès (2ème déclaration) :
 Début perfusion aortique :
 Clampage aortique :
 Ischémie chaude initiale :
 Retrait des traitements de maintien - Décès :
 TAM à 50 - Décès :
 Début perfusion aortique - Décès :
 Début perfusion aortique - Clampage aortique :

Clampage - Donneur cadavérique - Décès neurologique

Date Hre Min Délai
 Clampage aortique :
 Début perfusion aortique :
 Ischémie chaude initiale :

Commentaires :

Chirurgie

Date chirurgie 2000-07-11 Simple Rein Gauche Chirurgien FRADET YVES

Fiche en édition

9.4. Chirurgie

Mini Guijper

Modification NEPHROLOGIE : Chirurgie NICOLE NICOLE (94627 CHL) (210913 HDQ) (187072 HE3) (803653 HES) (3747 SPS)
 COIR : 1943-08-17 Âge : 73 ans

1. GREFFON

Type de greffon : Simple Droit Gauche Inconnu Double Séparés En bloc

Caractéristiques du greffon :

Rein droit

Aspect macroscopique du rein :
 Dimensions : Longueur : cm Largeur : cm
 Cicatrice : Oui Non Inconnu
 Kyste : Oui Non Inconnu
 Lithase : Oui Non Inconnu
 Précision :

Biopsie : Oui Non
 Type : Wedge Alguille Inconnu

Artère : Nombre :
 Collerette : Oui Non Inconnu
 Athérosclérose : Oui Non Inconnu
 Aorte et collerette : Légère Modérée Sévère
 Ostium : Légère Modérée Sévère
 Artère rénale : Légère Modérée Sévère
 Sans précision : Légère Modérée Sévère

Veine : Nombre :
 Collerette : Oui Non Inconnu
 Urètre : Nombre :

Rein gauche

Aspect macroscopique du rein :
 Dimensions : Longueur : cm Largeur : cm
 Cicatrice : Oui Non Inconnu
 Kyste : Oui Non Inconnu
 Lithase : Oui Non Inconnu
 Précision :

Biopsie : Oui Non
 Type : Wedge Alguille Inconnu

Artère : Nombre :
 Collerette : Oui Non Inconnu
 Athérosclérose : Oui Non Inconnu
 Aorte et collerette : Légère Modérée Sévère
 Ostium : Légère Modérée Sévère
 Artère rénale : Légère Modérée Sévère
 Sans précision : Légère Modérée Sévère

Veine : Nombre :
 Collerette : Oui Non Inconnu
 Urètre : Nombre :

Préservation

Hypothermie statique : Oui Non
 Perfusion pulsatile : Oui Non Etat à la réception : Début Fin
 Temps sur pompe : Heures Min Flot : ml/min

Solution : Résistances : mmHg/ml/min

Ajout à la solution : Oui Non

Précision :

2. INTERVENTION

Numéro d'ordre : Type de donneur : Cadavérique

Date de chirurgie : 2000-07-11 Time : 926

Chirurgien(s) : FRADET YVES Centre de greffe :

Rein droit

Déclampage : TVC: mm Hg
 TA systolique: mm Hg
 TA diastolique: mm Hg TAM:

Site chirurgie :

Anastomoses : Date Heure:Min
 Début: | | | | |
 Fin: | | | | |

Durée anastomoses : minutes

Début ischémie chaude initiale:
 Durée ischémie totale: heures

Artère :
 Anastomose artérielle:
 ABO receveur:
 Endartérectomie: Oui Non Inconnu Localisation:
 Reconstruction nécessaire: Oui Non Inconnu

Rein gauche

Déclampage : TVC: 18 mm Hg
 TA systolique: mm Hg
 TA diastolique: mm Hg TAM:

Site chirurgie : FID

Anastomoses : Date Heure:Min
 Début: 2000-07-11 | 11:30 | |
 Fin: 2000-07-11 | 12:00 | |

Durée anastomoses : 9 jour | 00:30 | 38 minutes

Début ischémie chaude initiale: 2000-07-10 | 07:00
 Durée ischémie totale: 1 jour | 05:00 | 29 heures

Artère :
 Anastomose artérielle: ilaque externe
 ABO receveur:
 Endartérectomie: Oui Non Inconnu Localisation:
 Reconstruction nécessaire: Oui Non Inconnu

Précision :

Autres spécifications :

Veine :

Anastomose veineuse :

Allongement avec veine cave inférieure : Oui Non Inconnu

Précision :

Urétre :

Précision :

Réimplantation urétérale tunnélisée : Oui Non
 Double J : Oui Non

Précision :

Autres spécifications :

Veine :

Anastomose veineuse : ilaque externe

Allongement avec veine cave inférieure : Oui Non Inconnu

Précision :

Urétre :

Précision :

Réimplantation urétérale tunnélisée : Oui Non
 Double J : Oui Non

Pertes sanguines : ml

Transfusion per-op : Oui Non Nbr culots :

Durée per-opérateur du greffon : Oui Non Inconnu

Chirurgie concomitante : Oui Non

Ouverture du péritoine : Oui Non Inconnu

Drain externe : Oui Non

Événements per-op (thrombose, reprise anastomose, etc.) :

3. IMMUNOLOGIE

Typage moléculaire du receveur									
A*	B*	Bw	C*	DRB1*	DRw	DQB1*	DQA1*	DPB1*	DPA1*

Équivalent sérologique du receveur									
A	B	Bw	Cw	DRB1	DRw	DQB1	DQA1	DPB1	DPA1
3	7		2	15					
		61	7			1			

cPRA historique : %

cPRA récent : %

AC anti-HLA :

Typage moléculaire du donneur									
A*	B*	Bw	C*	DRB1*	DRw	DQB1*	DQA1*	DPB1*	DPA1*

Équivalent sérologique du donneur									
A	B	Bw	Cw	DRB1	DRw	DQB1	DQA1	DPB1	DPA1
3	7		7	15					

Fiche en édition

10. OBSTÉTRIQUE GYNÉCOLOGIE (7 FORMULAIRES)

Mise en production :	1 ^{er} mai 2007
Utilisateurs :	Techniciens en échographie, commis, médecins obstétriciens et résidents
Description :	
Ces formulaires facilitent les suivis des grossesses, des accouchements et des fœtus pour des patientes.	
Formulaires :	
Patiente – général Échographie – gynécologie Grossesse – Général Échographie – Obstétrique Échographie – Obstétrique-fœtus Intra-partum (MEP printemps 2011, responsable Dr Brassard) Accouchement – nouveau-né	

10.1. Patiente – Général

The screenshot shows a web-based medical form titled "1. Patiente - Général". The form is organized into several sections:

- Suivi prénatal hors CHUQ**: A checkbox.
- Ethnie**: A dropdown menu.
- Grandeur (cm)**: A text input field with a "Conversion PPD" link.
- Groupe sanguin maternel**: A dropdown menu.
- Antécédents médicaux**: A section with a checkbox "Aucun" and a dropdown menu for "Année" with a "+" icon.
- Antécédents obstétricaux**: A section with a checkbox "Aucun" and a dropdown menu for "Année" with a "+" icon.
- Antécédents chirurgie pelvienne**: A list of surgical conditions with checkboxes and a column for "Année":
 - Aucun
 - Chirurgie Tubaire
 - Hystérectomie Totale
 - Hystérectomie sub-totale
 - Ligature
 - Myomectomie
 - Ovariectomie Bilatérale
 - Ovariectomie Droite
 - Ovariectomie Gauche
 - Autre

At the bottom of the form, there are buttons for "Enregistrer" and "Fermer".

10.2.Échographie - Gynécologie

Mini Gulpier

Création OBSTETRIQUE-GYNECO : Echographie- Gynécologie PATRICIA, PATRICIA (1486059 CHUQ) Age : 44 ans
 DDM : 1972-03-07

CHUQ - 1486059, PATRICIA, PATRICIA, 1972-03-07, ABCD01234567

1. Échographie gynécologique

Age de la patiente Date-heure de l'examen (aaaa-mm-jj) Date-heure courante

No réquisition Médirad

Médecin référent

Type d'échographie

Indication(s)

Voie d'accès

Antécédents médicaux pertinents

Aménorrhée Oui Non Depuis Mois An(s)

DDM inconnue Stimulation Jour du cycle Cycle mensuel Jours

Stimulation ovulatoire / Support lutéal Test ovulation Oui Non

Autre

Contraceptif

Ménopausée Positif Négatif

Commentaires

Homothérapie progestatifs Homothérapie oestrogènes

2. Utérus

Utérus Normal Anormal Non vu Non évalué

Utérus anormale

Autre anomalie

Position

Cavité utérine

Autre anomalie

Contenu

Épaisseur de l'endomètre mm

Meure	AP	Long	Trans	Site	Relation
Nœuds myomés utérins					
1					
2					
3					
4					
4					

3. Annexe droite

Annexe Normal Anormal Non vu Non évalué

Ovaire

AP Long Trans

Meure

Masse ou kyste

Description du plus gros

Autre masse ou kyste

Follicule(s) dominant(s)

Follicule	Diamètre moyen	Long	Trans	Doppler
1	mm	mm	mm	mm
2	mm	mm	mm	mm
3	mm	mm	mm	mm
4	mm	mm	mm	mm
5	mm	mm	mm	mm
6	mm	mm	mm	mm
7	mm	mm	mm	mm
8	mm	mm	mm	mm
9	mm	mm	mm	mm
10	mm	mm	mm	mm

4. Annexe gauche

Annexe Normal Anormal Non vu Non évalué

Ovaire

AP Long Trans

Meure

Masse ou kyste

Description du plus gros

Autre masse ou kyste

Follicule(s) dominant(s)

Follicule	Diamètre moyen	Long	Trans	Doppler
1	mm	mm	mm	mm
2	mm	mm	mm	mm
3	mm	mm	mm	mm
4	mm	mm	mm	mm
5	mm	mm	mm	mm
6	mm	mm	mm	mm
7	mm	mm	mm	mm
8	mm	mm	mm	mm
9	mm	mm	mm	mm
10	mm	mm	mm	mm

5. Cui de sac de Douglas

Liquide

Masse

Commentaires

6. Conclusions de l'échographie

Conclusions

Médecin responsable

Résident

Remarques particulières du technologue

Technologie

Participation Observation seulement Partielle Totale

Fiche en création

Enregistrer Fermer

10.3. Grossesse générale

The screenshot shows a web-based medical form titled "Grossesse - Général" within a "Mini Gulpser" window. The patient information at the top includes "PATRICIA, PATRICIA" and "1486059 CHUQ". The form contains several sections: "Suivi prénatal hors CHUQ", "Âge site accouchement", "Grandeur du père (cm)", and "Nbre cigarette/jour" with radio buttons for 0, 1-10, 11-20, and >20. There are also sections for "Alcool", "Drogue", and "Médicaments". Below these are fields for "Gravida", "Terme", "Prématuré", "Avortement", and "Vivant". Further down, there are fields for "DDM inconnue", "DDM (aaa-mm-jj)", "Cycle menstruel", "HCG positif", and "Médicament traitant". At the bottom, there are buttons for "Enregistrer" and "Fermer".

10.4. Échographie - Obstétrique

The screenshot shows a web-based medical form titled "Échographie - Obstétrique" within a "Mini Gulpser" window. The patient information at the top includes "PATRICIA, PATRICIA" and "1486059 CHUQ". The form contains several sections: "Échographie obstétricale", "Âge de la patiente", "Date-heure de l'examen", "No réquisition Médrad", "Médicament référant", "Poids de la mère", "DDM", "Indication(s)", "Autre", "Voie d'accès", "Problème pertinent gr. actuelle", "2. Foetus", "3. Âge gestationnel", and "Âge gest. biométrie". The "2. Foetus" section includes a table with columns for "Identifiant", "Modifier", "Consulter", "Supprimer", and "Visible". The "3. Âge gestationnel" section includes fields for "DDM", "Âge gestationnel DDM", "Sem/Fraction", "Sem/Jours", "Date prévue accouchement DDM", and "Âge déterminé selon". At the bottom, there are buttons for "Enregistrer" and "Fermer".

4. Anatomie maternelle

Col par endovaginal Normal Anormal Non Vu Non Évalué

Anomale Autre

Longueur mm Entonnoir

Mesure AP mm Long mm

Segment (intérieur (cervix))	Total	Myométrie
Endovaginal	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
Transabdominal	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm

Utérus Normal Anormal Non Vu Non Évalué

Anomale Autre

Nbr myomes utérins

	AP	Long	Site
Myome L.e + Gros	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/>
Myome 2	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/>
Myome 3	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/>
Myome 4	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/>

Annexe droite Normal Anormal Non Vu Non Évalué

Masse ou kyste Description

Mesure AP mm Long mm

Annexe gauche Normal Anormal Non Vu Non Évalué

Masse ou kyste Description

Mesure AP mm Long mm

5. Version céphalique externe

Non applicable

6. Conclusions de l'échographie

Conclusions

Remarques particulières du médecin

Médecin responsable Technologue

Résident

Remarques particulières du technologue

Participation Observation seulement Partielle Totale

Une modification a été apportée à la fiche

Enregistrer

Finir

10.5.Échographie - Obstétrique - Fœtus

Mini Gulpex

Création OBSTÉTRIQUE-GYNECO : Echographie- Obstétrique- Foetus PATRICIA, PATRICIA (1466059 CINA) Age: 44 ans
 DCM : 1972-03-07

CHUL - 1466059, PATRICIA, PATRICIA, 07/03/1972 00:00:00, ABC001234567


Identifiant foetus

1. Echographie foetale

Rythme cardiaque foetal Positif Négatif Non visible BPM

Chorionicité

Placenta



Localisation


Grade placentaire

Insertion

Distance du col mm

Liquide amniotique apprécié

Foetus



Présentation

Posture

Position

Sexe du foetus

PBP liquide amniotique 0 2

PBP tonus musc. 0 2

PBP mvts foetaux 0 2

PBP mvts respiratoires 0 2

Profil BioPhysique (PBP)

2. Anatomie foetale

Anatomie générale Normal Anormal Non évalué Incomplet

Crâne	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Ventric cérébral D	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure : <input type="text"/> mm	
		Autre
Ventric cérébral G	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure : <input type="text"/> mm	
		Autre
Cavum Septum Pellé	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
Cervelet	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure : <input type="text"/> mm	
		Autre
Grande citerne	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure : <input type="text"/> mm	
		Autre
Pili nucal	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure : <input type="text"/> mm	
		Autre
Coe	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Face	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre

Os nasal	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure : <input type="text"/> mm	
		Autre
Lèvre supérieure	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Colonne vertébrale	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Diaphragme	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Coeur : 4 cavités	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Coeur : Voies éjection	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Coeur : Axe	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Poumons	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Estomac	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre

Abdomen	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Rein droit	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure long : <input type="text"/> mm Mesure transv : <input type="text"/> mm	
		Autre
Rein gauche	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure long : <input type="text"/> mm Mesure transv : <input type="text"/> mm	
		Autre
Vessie	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
	Mesure long : <input type="text"/> mm Mesure transv : <input type="text"/> mm	
		Autre
Organes génitaux	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Insertion du cordon	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Vx du cordon	<input type="radio"/> Normal (3 Vx) <input type="radio"/> Anormal (2 Vx) <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
Os longs	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre
Extrémités	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Non vu <input type="radio"/> Non évalué	
		Autre

Placenta Normal Anormal Non vu Non évalué

Autres anomalies et/ou commentaires Autre

Autres anomalies et/ou commentaires

► 3. Biométrie fœtale

Trimestre 1

Fœtus non-visible

Longueur céphalo-caudale mm

Sac gestationnel AP mm

Long mm

Trans mm

Moyen mm

Clarté nucale mm

Âge gestationnel

SemFracton

SemJours

Charte

LCC

Perc évalué

Trimestre 2-3

Âge gestationnel estimé AG / Perc 50

Diamètre bipariétal mm

Diamètre fronto-occipital mm

Périphérie crânienne (PC) mm

Index céphalocervical mm

Diamètre abdominal AP mm

Trans mm

Circonférence abdominale mm

Fémur droit mm

gauche mm

Humérus droit mm

gauche mm

Autres os longs

Cubitus droit mm

gauche mm

Tibia droit mm

AG / Perc 50

Corrigé

Percentile

Charte

gauche mm

Longueur fœtale estimée mm

Poids fœtal estimé gr

CHUQ

Âge gestationnel composé de cette échographie (DBP-PC-CA-Fémur)

SemFracton

SemJours

DPA

Évaluation risque trisomie 21

Risque de base

Nouveau risque

► 4. Doppler

Doppler réalisé

	Ratio S/D	IP	IR	Vit Sys Max	Commentaires
Artère fœtale					
Artère ombilicale (insertion)					
Artère ombilicale (autre site)					
Artère cérébrale moyenne					
Ductus véridus					
Artère utérine					
Commentaires					

► 5. Amniocentèse

Amniocentèse réalisée

Indication

Or sanguin maternel

Nombre ponctions

Qualité liquide

Placenta traversé Oui Non

Calibre aiguille

Commentaires

Coeur fœtal vérifié

Médecin responsable

Résident procédant

Fiche en création

Enregistrer

Finir

Nouveaux-nés

Rang: _____ Date-Heure naissance: _____ Conformité: _____

Aucun nouveau-né sans

Nb de césariennes antérieures: _____

Type de césarienne

- Primaire
- Révisive (échec essai travail)
- Révisive (sans essai travail)

Indication de la césarienne

- Arrêt de progression
- Malprésentation
- Placenta praevia
- Tracé atypique ou anormal
- Présence du cordon
- Autre

Raison d'absence d'essai

- Césarienne ant. classique
- Cicatrice antérieure inconnue
- Myomectomie profonde antérieure
- Autre

Pertes sanguines maximales: _____ ml

Type d'incision

- Transversale basse
- Incision en T
- Verticale basse
- Classique

Dilatation (cm): _____

Entrée ou transfert en salle d'accouchement: _____

Membranes rompues: _____

Début du travail: _____

Dilatation complète: _____

Début des pousées: _____

Naissance du dernier nouveau-né: _____

Délivrance placentaire: _____

Départ salle d'accouchement: _____

Épisiotomie

Oui Non

Pléniée

Intact 1er degré 2e degré 3e degré 4e degré

Stades (Durée)

Stade 1	N/D		
Stade 2	N/D	Passif	N/D
		Actif	N/D
Stade 3	N/D	Durée membranes rompues	
TOTAL	N/D		Nouveau-né 1: N/D
Durée du séjour en salle d'accouchement			N/D

Lésion(s) (autres)

Aucune

Lésion(s) (autres): _____

Description absence/rupture utérine: _____

Autre(s) complication(s) à l'accouchement

Aucune

Autre(s) complication(s) à l'accouchement: _____

Autre(s) complication(s) maternelle accouchement: _____

Anesthésie/analgésie en travail et accouchement/ réparation

Aucune (en travail)

Anesthésie/analgésie en travail: _____

Aucune ou idem à travail (accouchement/ réparation)

Anesthésie/analgésie pour accouchement/ réparation: _____

5. PÉRIDURALE ET RACHIDIENNE

PÉRIDURALE et RACHIDIENNE

6. NOUVEAUNE

Séjour anticipé

< 24 heures 24-48 heures 48-72 heures > 72 heures

7. NOTES • COMMENTAIRES

Notes / Commentaires: _____

8. MEMBRES DU PERSONNEL

Résident

Aucun

Résident: _____

Implication

- A. Fait acc. vaginal et sutures (ou césar. complète)
- B. Fait accouchement seulement (ou 1er essai césar.)
- C. Fait réparation seulement (ou 2e essai césar.)
- D. Observation seulement (accouchement ou césarienne)

Extens

Aucun

Extens: _____

Implication

- A. Fait acc. vaginal et sutures (ou césar. complète)
- B. Fait accouchement seulement (ou 1er essai césar.)
- C. Fait réparation seulement (ou 2e essai césar.)
- D. Observation seulement (accouchement ou césarienne)

Infirmier(s) à l'accouchement: _____

MD traitant en grossesse: _____

Comme ayant fait la sagesse: _____

MD accoucheur: _____

Date et heure (formulaire complété): 2016-12-14 13:13 Date heure courante

Vérification de la conformité: Conformité à vérifier Vérification de conformité

Fiche en création

10.7. Accouchement - Nouveau-né

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Lieu unité accouchement

Rang du fœtus

2. TRAVAIL

Aspect du liquide

Clair Sanglant Miconial particulière
 Rosé Miconial terné Purée de pois

Si miconial, moment d'apparition du miconial

À la rupture des membranes
 Après la rupture des membranes

Surveillance fœtale

Auscultation intermittente MFE continu externe MFE intermittent
 MFE continu interne Auscult. simple (ex. pas en travail)

Résultat surveillance fœtale

Normal Atypique Anormal

Si atypique ou anormal, moment

Premier stade
 Deuxième stade

3. ACCOUCHEMENT

Présentation Nouveau-né

Vertex Front Siège complet Épaules
 Face Siège décomposé mode fesses Siège incomplet mode des pieds Composée

Position à la vulve

Antérieur Postérieur

Type d'accouchement

Vaginal AVAC Césarienne

Date-heure d'admission en salle d'accouchement 2016-12-14 13:22

Date-heure membranes rompues

Date-heure membranes rompues

Date-heure de début du travail

Date-heure de dilatation complète

Date-heure de début des pousées

Date-heure de naissance 2016-12-14 13:22

Date-heure de délivrance du placenta 2016-12-14

Mode d'accouchement

Spontané Forceps + ventouse
 Extr. manuelle Ventouse + forceps
 Forceps Forceps + césarienne
 Ventouse Ventouse + césarienne
 Ventouse + forceps + césarienne

Forceps

Moyenne À la vulve À la césarienne
 Bas Tête dernière

Ventouse

Moyenne À la vulve À la césarienne
 Bas Tête dernière

Indication (forceps ou ventouse)

Arrêt progression
 Tracé an ou atypique
 C-à pousser
 Excif
 C-contraction en césarienne

Placenta (évacuation)

Spontanée Spontanée + révision Manuelle

Particularité placentaire

Aucune
Particularité placentaire

Nombre de vaisseaux ombilicaux

Trois Deux

Circulaire du cordon

Aucune Lâche Serrié

Dystocie de l'épave

Aucune Légère Sévère

Réduction dystocie épave

Mc Robertzres. suspub. Rubin Bras post. Symphysiotomie
 Woods FX clavicle Zavanelli

État Vivant Mort-né

Sexe Masculin Féminin Indéterminé

Ph du cordon
 Artériel + veineux Veineux
 Artériel Non fait
 Non disponible

Résultat Ph Artériel No. de Dossier N-N
 Résultat Ph Veineux

Alimentation Poids (g)
 Maternelle
 Artificielle

	APGAR		
	1 minute	5 minute	10 minute
Coeur	<input type="radio"/> 0. Absent <input type="radio"/> 1. <100/min <input type="radio"/> 2. >100/min	<input type="radio"/> 0. Absent <input type="radio"/> 1. <100/min <input type="radio"/> 2. >100/min	<input type="radio"/> 0. Absent <input type="radio"/> 1. <100/min <input type="radio"/> 2. >100/min
Respiratoire	<input type="radio"/> 0. Absent <input type="radio"/> 1. Lent/rég. <input type="radio"/> 2. Bon pleurs	<input type="radio"/> 0. Absent <input type="radio"/> 1. Lent/rég. <input type="radio"/> 2. Bon pleurs	<input type="radio"/> 0. Absent <input type="radio"/> 1. Lent/rég. <input type="radio"/> 2. Bon pleurs
Tonus	<input type="radio"/> 0. Flaccue <input type="radio"/> 1. Flex. ou ext. <input type="radio"/> 2. Mvt actifs	<input type="radio"/> 0. Flaccue <input type="radio"/> 1. Flex. ou ext. <input type="radio"/> 2. Mvt actifs	<input type="radio"/> 0. Flaccue <input type="radio"/> 1. Flex. ou ext. <input type="radio"/> 2. Mvt actifs
Réflexe	<input type="radio"/> 0. Pas de réponse <input type="radio"/> 1. Grimace <input type="radio"/> 2. Cris	<input type="radio"/> 0. Pas de réponse <input type="radio"/> 1. Grimace <input type="radio"/> 2. Cris	<input type="radio"/> 0. Pas de réponse <input type="radio"/> 1. Grimace <input type="radio"/> 2. Cris
Coloration	<input type="radio"/> 0. Bleuê <input type="radio"/> 1. Acrocyanose <input type="radio"/> 2. Rosê	<input type="radio"/> 0. Bleuê <input type="radio"/> 1. Acrocyanose <input type="radio"/> 2. Rosê	<input type="radio"/> 0. Bleuê <input type="radio"/> 1. Acrocyanose <input type="radio"/> 2. Rosê
Total	0/10	0/10	0/10

Anomalie présente à la naissance
 Aucune Locomoteur Génétique/Chromos. Génitourinaire
 Syst. nerveux central Cutané Cardiovasculaire Multiples
 Digestif Endocrinien Respiratoire Autre

Anomalie suspecte ou diagnostiquée en périnatale
 Aucune Oui

Réanimation Non Oui

Type Sac masque à 21% O2 Intubation
 Sac masque + 21% O2 Compressions

Effectué par Infirmière Néonatalogiste
 Accoucheur Anesthésiste

Date-heure évaluation nouveau-né 2016-12-14 14:00

Médecin qui a évalué le nouveau-né à l'accouchement

Conformité Conformité à vérifier Vérification conformité

Fiche en création

11. PHARMACIE (2 FORMULAIRES)

Mise en production :	17 février 2010
Utilisateurs :	Assistants techniques en pharmacie, Pharmaciens
Description :	
Dans le cadre de la Priorité organisationnelle requise (POR) sur le BCM (Bilan comparatif des médicaments), saisie de la collecte d'information autour des médicaments pris à domicile pour les usagers. Transfert électronique dans le système de gestion des médicaments SYPHAC.	
Formulaires :	
Liste de la pharmacie communautaire Médicaments	

11.1. Liste de la pharmacie communautaire

PHARMACIE : Liste de la pharmacie communautaire

CRÉATION : CARL, CARL (123667 CHR.) (142HE3 HE3) (128972 H55) (61147 SPS) (61147 SPS)
 DON : 1948-03-21 Age : 68 ans

HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE
 Date de saisie : 2016-12-12

Allergies / Intolérances
 Aucune allergie Aucune intolérance
 Gestion des allergies et des intolérances, cliquer sur :

Allergie Intolérance	Produit	Réaction	Suspense Documentée	Date d'inscription	Description	Recommandations
Aucune allergie et intolérance de saisie						

Médication à domicile
 Aucune médication à domicile
 Pour ajouter une médication, cliquer sur

Légende Gulper/SyPhac
 Prêt à être envoyé En attente d'envoi Envoyé à SyPhac En erreur

Nom commercial usuel	Forme	Teneur	Posologie
Aucune médication n'a été saisie			

Anticédents médicamenteux transmis par la pharmacie communautaire
 Aucun antibiotique
 Aucun anti-inflammatoire
 Aucun corticostéroïde
 Aucun opiacé

Notes de la pharmacie communautaire
 Informations complémentaires

Gestion des médicaments: Pas questionné
 Gestion par: Patient Pharmacie Personne de soutien
 Dispositif:
 Observance:

Pharmacie à l'adresse
 Nom:
 Tél: Fax: [Rechercher les coordonnées](#)

Source d'information
 Patient Pharmacie communautaire Famille / Ami(x) Résidence/Centre d'hébergement Autre

Fiche en création

12. PLAIE DE PRESSION (5 FORMULAIRES)

Mise en production :	17 janvier 2007
Utilisateurs :	Personnel infirmier (groupe Infirmière dossier de soins), Physio-ergo (groupe- consultation)
Description :	
Informatisation de l'échelle de Braden (note de bons soins) et de la déclaration et le suivi des plaies de pression.	
Formulaires :	
Échelle de Braden Q Échelle de Braden Déclaration plaie de pression Suivi plaie pression Sillon tunnel (sinus/espace sous-jacent)	

12.1.Échelle de Braden

Mini Gulpier

Création PLAIES : Échelle de Braden CARL, CARL (123667 CRM) (14043 HE) (12072 HS) (1117 SP) (1998-03-21) Age : 68 ans

Arbre décisionnel

ÉCHELLE DE BRADEN 2016-12-13

PERCEPTION SENSORIELLE Capacité de répondre d'une manière significative à l'effort causé par la pression.

1. Complètement limitée 2. Très limitée 3. Légèrement limitée 4. Aucune atteinte

HUMIDITÉ Le degré d'humidité auquel la peau est exposée.

1. Constantement humide 2. Très humide 3. Occasionnellement humide 4. Rarement humide

ACTIVITÉ Le degré d'activité physique.

1. Ailé 2. Confinement au fauteuil 3. Marche à l'occasion 4. Marche fréquemment

MOBILITÉ Capacité de changer et de contrôler la position de son corps.

1. Complètement immobile 2. Très limitée 3. Légèrement limitée 4. Non limitée

NUTRITION Profil de l'alimentation habituelle.

1. Très pauvre 2. Probablement inadéquate 3. Adéquate 4. Excellente

FRICION ET CISAILEMENT

1. Problème 2. Problème potentiel 3. Aucun problème apparent

TOTAL :

Signature : [Signer cette échelle de Braden](#)

Fiche en création

Enregistrer Fermer

12.2. Déclaration d'une plaie de pression

Mini Gulpier

Création

PLAIES : Déclaration / constat de plaie

CARL, CARL (123647 CHR.) (142403 HET) (138972 HSS) (01147 SP.)
CCN : 1948-03-21 Age : 68 ans

DECLARATION / CONSTAT DE PLAIE

Date: 2016-12-13

Type de plaie : Plaie de pression Plaie
Ce constat fait office de déclaration obligatoire de plaie de pression.

Pointage à l'échelle de Braden : [0] (aucune fiche créée dans les 48 dernières heures)

Signature: _____ Signer cette déclaration

Site de la plaie: Côté
[Dors] Droite Gauche

Apparition de la plaie
 Présente à l'admission
 En cours d'hospitalisation

Stade
 LTPS
 Stade 1
 Stade 2
 Stade 3
 Stade 4
 Stade X ou indéterminé

Une modification a été apportée à la fiche.

Enregistrer Fermer

12.3. Suivi d'une plaie de pression

Mini Gulpier

PLAIES : Suivi plaie de pression CARL, CARL (123647 CHR.) (142463 HET) (128972 HSS) (61147 SP1) Age : 68 ans
 DCM : 1948-03-21

SUIVI D'UNE PLAIE 2016-12-13

Type de plaie : **Plaie de pression** Pointage à l'échelle de Braden : 6
 Site de la plaie : **Dos Droit(e)** (fiche créée le 2016-12-13 à 10:09)

Fin de traitement - Guérison

Stade

LTPB
 Stade 1
 Stade 2
 Stade 3
 Stade 4
 Stade X ou indéterminé

Lit de la plaie

Granulation		% Tissus de prolifération (P)
Épithélial		% Tissus de maturation (épithélial)
Tissus nécrotique humide		% Tissus de nécrose humide
Tissus nécrotique sec (escarre)		% Tissus nécrotique sec
Tissus fibrineux		%
Tension		%
Muscle		%
Os		%
Non applicable	<input type="checkbox"/>	%
Total	0	%

Exsudat

Quantité

Pansement souillé 0%
 Pansement souillé 25%
 Pansement souillé 50%
 Pansement souillé 75%
 Pansement souillé 100%

Qualité

Séreux
 Sérososanguin
 Purulent
 Sanguin
 Séropurulent

Odeur

Absence
 Légère
 Modérée
 Forte

Dimension

Longueur cm
 Largeur cm
 Profondeur cm X = indéterminée
 Sinus/espace sous-jacent

Peau environnante

Intacte
 Macérée
 Irrité
 Rouge brunâtre (hémosidérine)
 Pâleur et absence de pilosité
 Bleuetée

Signes d'inflammation

Rougeur
 Chaleur
 Douleur

Types de bords de plaies

Diffus
 Attachés
 Non attachés
 Roulés
 Avec hyperhémorragie
 Avec callosité
 Fibrosés
 Non applicable

Oedème
 Induration
 Aucun
 Culture

Plan de traitement

Nettoyage / désinfection

NaCl 0.9%
 Provoindine
 Chlorexidine

Pansements / produits

Thérapie à Pression Négative

Oui
 Non

Surface d'appui (lit, fauteuil)

Oui
 Non

Matériaux en place

Agrafes
 Sutures
 Drain
 Autre

Signature

Fiche en création

13. PLANNING (14 FORMULAIRES)

Mise en production :	10 mai 2004
Utilisateurs :	Commis
Description :	
Utilisé pour faire les suivis des patientes qui ont une interruption volontaire de grossesse (IVG).	
Formulaires :	
Évaluation psychosociale Données socio-démographiques Anamnèse Examen Physique IVG CHIR : Protocole de sédation-analgésie IVG CHIR : Relance IVG MÉDICALE : Jour 1 IVG MÉDICALE : Contrôle IVG CHIR : Protocole opératoire IVG CHIR : Notes et médication IVG CHIR : Redo IVG CHIR : Relance extérieure IVG MÉDICALE : Critères d'éligibilité IVG MÉDICALE : Relance	

13.1.Évaluation psychosociale

The screenshot shows a software window titled 'Mini Guipeur' with the following content:

- Header:** 'PLANNING : Évaluation psychosociale', 'AGLAE, AGLAE', 'DDN : 1998-02-14', and 'Age : 18 ans'.
- Section 1: ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE**
 - PERSOÑNE:** Fields for 'Age', 'Statut civil' (with radio buttons for 'Célibataire', 'Mariée', 'Séparée', 'Union libre'), 'Debut', and 'Occupation'.
 - PARTENAIRE:** Fields for 'Sexe', 'Occupation', 'Est-il informé de la grossesse?' (radio buttons 'Oui', 'Non'), and 'Relation Durée' (radio buttons 'Stable', 'Significative', 'Basée sur l'amitié', 'Contexte d'ouverture').
 - ENTOURAGE:** Fields for 'Vit-elle en famille?' (radio buttons 'Père', 'Mère', 'Non'), 'Parents informés?' (radio buttons 'Oui', 'Non'), and 'Support du mère:' (radio buttons 'Oui', 'Non').
 - FACE À LA DEMANDE IVG:** Includes 'Interruption volontaire de grossesse (IVG)', 'Attitude face à la contraception', 'Contraception après IVG', 'Réaction à la grossesse', and 'Situation personnelle et familiale'.
 - Raisons motivent la demande d'IVG:** A text area for notes.
 - DÉCISION DE LA CLIENTE FACE À L'IVG:** Radio buttons for 'Clare', 'Ambivalente', 'Sensée rassur', 'Confortable', and 'Inconfortable'.
 - CONCLUSION DE L'INTERVENANTE:** A text area for the provider's conclusion.
- Section 2: SUIVI PSYCHOSOCIAL**
 - Radio buttons for 'Rencontre antécéd.' (Oui, Non).
 - Radio buttons for 'Appel téléphonique antéc.' (Oui, Non).
 - Fields for 'Signature', 'Fonction', and 'Date'.
- Footer:** 'Fiche en création', 'Enregistrer', and 'Fermer' buttons.

14. PNEUMOLOGIE PÉDIATRIQUE (BRONCHIOLITE) (12 FORMULAIRES)

Mise en production :	1 ^{er} février 2010
Utilisateurs :	Médecins et résidents en pédiatrie
Description :	
Formulaire permettant de suivre la clientèle pédiatrique atteinte du virus respiratoire syncytial (VRS). Le même formulaire est disponible à Grenoble dans l'objectif de comparables internationaux autour de cette clientèle fort rare.	
Formulaires :	
Pneumologie Asthme Sommeil Apnée Surveillance cardiorespiratoire Oxymétrie nocturne Respirogramme Polysomnographie Épreuves de fonction respiratoire Bronchoscopie Suivi Bronchiolite à VRS	

14.1.Pneumologie

The screenshot shows a web-based clinical form titled "PNEUMOLOGIE PÉDIATRIQUE : Pneumologie". The form is displayed in a browser window with the following sections:

- 1. CIRCONSTANCES:** Includes fields for "Medecin", "Medecins référents", "Date" (2016-12-13), "Age" (14 ans et 7 mois), "Cadre de l'intervention", and "Etudiant".
- 2. HISTORIQUE:** Includes fields for "Problème principal", "Antécédents médicaux", "Antécédents familiaux", "Père", "Mère", "Fratrie", "Autres", "Vaccination", "Allergies", "Technique d'inhalation", and "Consultants au dossier".
- 3. PLAN DE TRAITEMENT ACTUEL:** Includes a "Préscription" section with fields for "Traitement de l'hypersensibilité bronchique", "Nébulisations", "Antibiothérapie", and "Autres".

Physiothérapie respiratoire :

Oxygénothérapie :

Ventilation non invasive :

Monitoring à domicile :

4. ACTIVITÉS DE LA VIE COURANTE

Adresse courriel :

Scolaire / professionnelle : Activités sportives et loisirs :

Situation familiale : Environnement :

Assurance médicaments : RAMQ Privé

Coordonnées de la pharmacie : Téléphone : - Fax : -

5. ÉVALUATION CLINIQUE

Historique

État général : Normal

Gain pondéral : Normal

Exacerbations depuis la dernière visite : Non

Consultations urgentes : Non

Hospitalisations : Non

Toux : Non

Symptômes à l'effort / au froid : Non

Utilisation de bronchodilatateurs : Non

Absentées : Non

Symptômes nocturnes : Non

Sécrétions : Non

Wheezing : Non

Étouffements : Non

Symptômes de reflux : Non

Douleur thoracique : Non

Faiblesse : Non

Congestion nasale / respiration buccale : Non

Rhinite : Non

Ronflements : Non

Sommeil : Non

Stridor : Non

Revue des systèmes : Non contributive

Observance : Normale

Autres :

Examen physique

Poids : kg Taille : cm IMC : Périmètre crânien : cm FC : bpm FR : l/min

SpO2 : % Avec O2 Débit : l/min TA : / mmHg Température : °C

État général : Normal

Peau et coloration : Normal Hippocrate digital : Non

ORLO : Normal

Poumons : Normal

Cœur : Normal

Abdomen : Normal

Neuromusculaire : Normal Cage thoracique et rachis : Normal

Autre :

6. NOTES D'ÉVOLUTION

Médecin :

Infirmière :

Autre :

Intervention :

7. ÉPREUVES DE FONCTIONS RESPIRATOIRE

Spirométrie

Âge : 14 ans et 7 mois Poids : Taille :

	Prédite	Pré BD	% Pré	Post BD	% Post
CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS % CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMM 25/75 (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 dernières spirométries (% Post)					
CVF (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEMS (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMM 25/75 (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bilan de base

	Prédite	Valeur obtenue	% prédite
CPT (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VC (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VR (L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VR/CPT (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DLCO ₅₀ / VA (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pi max (en cm H2O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pe max (en cm H2O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Provocation bronchique

Date : CP₂₀ : mg/ml

Absence d'hypersensibilité bronchique Examen impossible à interpréter

Date de suivi	Date de la provocation bronchique	3 dernières provocations bronchiques	Absence d'hyperréactivité bronchique	Examen impossible à interpréter	CP ₂₀ (mg/ml)	Interprétation CP ₂₀																																																																																																																
8. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES																																																																																																																						
<table border="0"> <tr> <td>Historique Laboratoire</td> <td>Historique Imagerie</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Test de la sueur :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Immunologie :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Test cutanés d'allergie :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IgE :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Radiographie pulmonaire :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres radiographies :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tomodensitométrie thoracique :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ciné de déglutition :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchoscopie :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oxymétrie nocturne :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Respirogramme :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Polysomnographie :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>							Historique Laboratoire	Historique Imagerie						Test de la sueur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunologie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test cutanés d'allergie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IgE :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiographie pulmonaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres radiographies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomodensitométrie thoracique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciné de déglutition :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchoscopie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxymétrie nocturne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respirogramme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polysomnographie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historique Laboratoire	Historique Imagerie																																																																																																																					
Test de la sueur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Immunologie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Test cutanés d'allergie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
IgE :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Radiographie pulmonaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Autres radiographies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Tomodensitométrie thoracique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Ciné de déglutition :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Bronchoscopie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Oxymétrie nocturne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Respirogramme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Polysomnographie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																
9. BACTÉRIO																																																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date de suivi</th> <th>5 dernières cultures saisies</th> <th>Bactéries</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>							Date de suivi	5 dernières cultures saisies	Bactéries	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																										
Date de suivi	5 dernières cultures saisies	Bactéries																																																																																																																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																				
10. IMPRESSIONS DIAGNOSTIQUES																																																																																																																						
Problématiques : <input type="text"/>																																																																																																																						

11. INVESTIGATION COMPLÉMENTAIRE DEMANDÉE						
<input type="text"/>						
12. TRAITEMENT DE SORTIE						
11 Copier les données du Traitement en cours						
Prescription						
Traitement de l'hypersensibilité bronchique :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Nébulisations :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Antibiothérapie :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Physiothérapie respiratoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Oxygénothérapie :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Ventilation non invasive :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Monitoring à domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Modifications environnementales :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Vaccination :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Enseignement :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Plan ultérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Commentaires :	<input type="text"/>					
Prochaine visite dans :	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Fiche en création						
<input type="button" value="Enregistrer"/> <input type="button" value="Fermer"/>						

14.2. Surveillance cardiorespiratoire

15. POUPONNIÈRE (9 FORMULAIRES)

Mise en production :	4 novembre 2010
Utilisateurs :	Commis
Description :	
Ce formulaire permet le suivi d'un nouveau-né dès son admission jusqu'à son départ. Il contient des données cliniques utiles durant son séjour et aussi utiles en termes statistiques.	
Formulaires :	
Saturomètre Photothérapie Oxygénothérapie Suivi Soluté Moniteur cardiaque Antibiothérapie Gavage Examen	

15.1.Suivi

The screenshot shows a web-based medical form titled "POUPONNIERE : Suivi" for patient "BB DE MARYSE, BB DE MARYSE" (DOB: 2016-12-11, Age: 2 jours). The form is organized into four main sections:

- 1. IDENTIFICATION:** Fields for birth date (2016-12-11), age at admission, birth weight, and parents' names (Sylvain, Maryse).
- 2. DONNÉES D'ADMISSION:** Admission type (Transit, Transfert, Retour de transit, Réadmission), admission date (2016-12-13 15:43), gestational age, and weight. Referring and treating physicians are listed as M. Deschênes.
- 3. DONNÉES CLINIQUES:** Clinical management sections for Solués, Moniteur cardiaque, Saturométrie, Antibiothérapie, Photothérapie, Gavage, Examen, and Oxygénothérapie. Each section includes start/end dates and a status (e.g., "Aucun saturométrie").
- 4. DONNÉES DE DÉPART:** Discharge type (Départ, Transfert), orientation (Domicile, Notre CH, Autre CH), and transport type (Avion, Ambulance, Transport adapté).

At the bottom, there are buttons for "Enregistrer" and "Fermer".

16. PSYCHO-ONCOLOGIE (2 FORMULAIRES)

Mise en production :	27 septembre 2007
Utilisateurs :	Secrétaires, équipe professionnelle multidisciplinaire en psychiatrie adulte
Description :	
Ces formulaires ont été conçus pour apporter un meilleur suivi des usagers atteints de cancer qui demandent de l'aide psychologique sous toutes formes. Il permet à différents professionnels de suivre le même usager selon son axe de services à offrir. Exemple : agent de pastorale, ergothérapeute, infirmier, omnipraticien, psychiatre, psychologue et travailleur social.	
Formulaires :	
Épisode de services Visite	

16.1.Épisode de services

16.2. Visite

The screenshot shows a web browser window with a form titled "1. VISITE". The form is for a patient named "CARL, CARL" with ID "123667 CHR.". The form includes the following fields and options:

- Date d'ouverture de l'épisode : 2010-12-14
- Date de visite : 2016-12-14
- Date de référence : 10-22
- Localisation du patient : Externe Hospitalisé
- Type Intervention : [dropdown menu]
- Intervenant : [dropdown menu]
- Objet de la visite : Évaluation Suivi d'évaluation Réévaluation Suivi ou traitement Refus de service Patient ne s'est pas présenté
- Justification des délais d'évaluation : [dropdown menu]
- Type d'intervention : [dropdown menu]
- Références Professionnels de l'équipe : [text input]
- Références Autres professionnels : [text input]
- Date de fin d'intervention : [date input]
- Remarque : [text area]

17. UNITÉ NÉO-NATALE (UNN) (3 FORMULAIRES)

Mise en production :	3 avril 2008
Utilisateurs :	Commis
Description :	
Ce formulaire permet le suivi d'un nouveau-né dès son admission jusqu'à son départ. Il contient des données cliniques utiles durant son séjour et aussi utiles en termes de statistiques.	
Formulaires :	
Données d'admission Chirurgie Intubation	

17.1. Données d'admission

Mini Gulpier

Création UNN : Données d'admission 88 DE JULIE, 88 DE JULIE (1489105 CHA) Age : 7 semaines 5 jours
CCN : 2016-10-21

1. IDENTIFICATION

Date de naissance: 2016-10-21
Age au moment de l'admission: 0 mos 0 jours
Poids à la naissance: g lbs oz

Région d'origine du bébé: Région administratives MSSS(Québec) Province: Hors-Québec Hors Canada

RAMQ de la mère:

2. DONNÉES D'ADMISSION

Type d'admission:
 Transit
 Transfert
 Admission
 Transit / Admission

Date et heure d'admission: 2016-10-21 | a | = | = | h | = | = | m | = | = | s | = | = |
Nombre de semaines de gestation: semaines jours
Poids à l'admission: g lbs oz

Médecin référant: Rechercher le médecin référant Médecin traitant: MARJANNE DESCHENES (02436)

Provenance:
 Avion avec escorte
 Domicile
 Notre CH
 Autre CH
 Autre CH en avion
 Autre CH avec Escorte

3. DONNÉES CLINIQUES

Diagnostic principal:
Diagnostic(s) secondaires(s):

4. DONNÉES DE DÉPART

Date et heure: 2016-12-14 | a | = | = | h | = | = | m | = | = | s | = | = |

Type de départ:
 Départ
 Transfert
 Décès

Orientation:
 Domicile
 Notre CH
 Autre CH
 Autre CH avec escorte

Type d'alimentation:
 Allaitement maternel
 Allaitement mixte
 Préparation lactée

Type de transport:
 Avion
 Ambulance
 Transport adapté

Signature: 2016-12-14 | a | = | = | h | = | = | m | = | = | s | = | = |

Chirurgie: Gestion des chirurgies: 0 0 0 0
Intubation: Gestion des intubations: 0 0 0 0
Données PKU:

Fiche en création

Enregistrer Fermer

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL
Centre de développement et d'opérationnalisation de Cristal-Net
CHU de Québec-Université Laval
555, boulevard Wilfrid-Hamel, E407
Québec (Québec) G1M 3X7
Téléphone : 418 525-4444, poste 83012