



N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

Installation : \_\_\_\_\_

### TRIAGE À L'URGENCE

À utiliser lors d'une panne du système informatique					
Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ Heure (hh :mm) : ____ : ____			<b>ÉVALUATION</b>		
Arrivée : <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Ambulance			Stat Réanimation	1	1 <sup>e</sup>
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre			Très urgent (15 min)	2	2 <sup>e</sup>
Âge : _____ Poids : _____ <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg			Urgent (30 min)	3	3 <sup>e</sup>
<input type="checkbox"/> Déficience motrice <input type="checkbox"/> Tétanos _____ (aaaa) <input type="checkbox"/> Dossier antérieur			Moins urgent (60 min)	4	
<b>Antécédents :</b>		<b>Allergies connues :</b>		Non urgent (120 min)	5
<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Aucun		• _____		Médecin avisé à : (hh :mm) : ____ : ____	
<input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Autre : _____		• _____		Rendez-vous à : (hh :mm) : ____ : ____	
<input type="checkbox"/> Cardiaque		• _____		Orientation : <input type="checkbox"/> Salle d'attente	
<input type="checkbox"/> Néoplasie : _____		• _____		<input type="checkbox"/> Civière no : ____ <input type="checkbox"/> Cube no : ____	
<input type="checkbox"/> Chirurgie : _____		• _____		<input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge	
Médecin de famille			Spécialiste :		
Arrivée en ambulance : TA : _____ Pls : _____ Resp. : _____ Sat : _____					
Liste de médicament : <input type="checkbox"/> Reçu de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Reçu d'un paramédic <input type="checkbox"/> Dossier santé Québec (DSQ)					
<b>Plainte principale :</b>					
<b>Observations subjectives :</b>			<b>Prise en charge par :</b>		
			<b>Heure (hh :mm) : ____ : ____</b>		
<b>Observations objectives :</b>					
<b>Douleur :</b> <input type="checkbox"/> Aucune					
<b>P</b> Provoqués :			<b>S</b> Signes et symptômes associés :		
<b>Q</b> Quantité, qualité :			<b>T</b> Temps :		
<b>R</b> Région irradiation :			<b>U</b> Understanding :		
TA	Pls	Resp.	Temps	Sat % AA	Glycémie
			B	R	
Acuité : <input type="checkbox"/> Œil gauche ____/20 <input type="checkbox"/> Œil droit ____/20 <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes <input type="checkbox"/> Chirurgie					
<b>GLASGOW :</b>		<b>SIGNES NEUROLOGIQUES :</b> <input type="checkbox"/> Non applicable			
• Yeux :	/4	• État de conscience :	<input type="checkbox"/> Conscient	<input type="checkbox"/> Somnolent	<input type="checkbox"/> Agitation
• Verbal :	/5	• Pupille (diamètre) :	Œil gauche _____ mm	Œil droit _____ mm	
• Moteur :	/6	• Réflexe photomoteur du côté gauche :	<input type="checkbox"/> Réagit	<input type="checkbox"/> Lent	<input type="checkbox"/> Fixe
• Score :	/15	• Réflexe photomoteur du côté droit :	<input type="checkbox"/> Réagit	<input type="checkbox"/> Lent	<input type="checkbox"/> Fixe
<b>Signature :</b>					

/10

Nom :

Prénom :

# dossier :

**INTERVENTIONS :**

- Analyse d'urine     B-HCG
- Glace Site : \_\_\_\_\_ Heure (hh :mm) : \_\_\_\_:\_\_\_\_
- Plaie :  Désinfection     Pansement sec     Pansement humide     D2T5
- ECG    Heure (hh :mm) : \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Vu par : Dr \_\_\_\_\_ Heure (hh :mm) : \_\_\_\_:\_\_\_\_
- Enseignement : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ordonnance collective : \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_

Radiographie : \_\_\_\_\_

**Signature :**

**Date** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DEUXIÈME ÉVALUATION**

Heure (hh :mm) : \_\_\_\_:\_\_\_\_ TA : \_\_\_\_ Pls : \_\_\_\_ Resp. : \_\_\_\_ Sat : \_\_\_\_ T° : \_\_\_\_ Douleur : \_\_\_\_/10  
**GLASGOW : \_\_\_\_ Glycémie : \_\_\_\_**

Observation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature :**

**Date** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TROISIÈME ÉVALUATION**

Heure (hh :mm) : \_\_\_\_:\_\_\_\_ TA : \_\_\_\_ Pls : \_\_\_\_ Resp. : \_\_\_\_ Sat : \_\_\_\_ T° : \_\_\_\_ Douleur : \_\_\_\_/10  
**GLASGOW : \_\_\_\_ Glycémie : \_\_\_\_**

Observation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature :**

**Date** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONGÉ**

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) et heure (hh :mm) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_:\_\_\_\_

Réorientation :  GMF     Clinique désignée d'évaluation (CDÉ)     Résolu par l'infirmière     Autre : \_\_\_\_\_

Retour à domicile     Admission     Transfert     Départ avant prise en charge     Décès

Signature : \_\_\_\_\_

**Signature :**

**Date** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_