



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) : ____:____		
Arrivée : <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Ambulance			Stat Réanimation		1
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
Âge : _____ Poids : _____ <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg			Urgent (30 min)		3
<input type="checkbox"/> Déficience motrice <input type="checkbox"/> Tétanos _____ (aaaa) <input type="checkbox"/> Dossier antérieur			Moins urgent (60 min)		4
<b>Antécédents :</b> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Néoplasie : _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie : _____			<b>Allergies connues :</b> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____		5
Médecin de famille			Spécialiste :		
Arrivée en ambulance : TA : _____ Pls : _____ Resp. : _____ Sat : _____			Médecin avisé à : (hh:mm) : ____:____ Rendez-vous à : (hh:mm) : ____:____ Orientation : <input type="checkbox"/> Salle d'attente <input type="checkbox"/> Civière no : ____ <input type="checkbox"/> Cube no : ____ <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Rouge		
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> • Yeux : /4 • Verbal : /5 • Moteur : /6 • Score : /15			<b>SIGNES NEUROLOGIQUES :</b> <input type="checkbox"/> Non applicable • État de conscience : <input type="checkbox"/> Conscient <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Agitation • Pupille (diamètre) : Œil gauche _____ mm Œil droit _____ mm • Réflexe photomoteur du côté gauche : <input type="checkbox"/> Réagit <input type="checkbox"/> Lent <input type="checkbox"/> Fixe • 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) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_