



N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

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

### NOTES ABRÉGÉES - CODE BLEU

Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____		<input type="checkbox"/> Poids : _____ Kg			
Niveau d'intervention médicale (NIM) : _____					
<b>Heure d'appel (hh:mm) du code bleu : _____ : _____</b> <b>Heure d'arrivée (hh:mm) de l'équipe : _____ : _____</b>					
Lieu : Unité : _____		Chambre/salle : _____ <input type="checkbox"/> Avec témoin <input type="checkbox"/> Sans témoin			
Isolement : <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes <input type="checkbox"/> Aériennes					
Rappel : <input type="checkbox"/> Planche dorsale installée <input type="checkbox"/> Tête de lit enlevée <input type="checkbox"/> Dossier de l'utilisateur apporté au chevet					
<b>ÉVALUATION INITIALE</b>			<b>Initiales</b>		
État de conscience :		<input type="checkbox"/> Conscient <input type="checkbox"/> Inconscient			
Pouls :		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Massage			
Respiration :		<input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Agonale <input type="checkbox"/> Aucun			
<b>HEURE (hh:mm)</b>	<b>CIRCULATION</b>				
	Massage cardiaque débuté				
	Massage cardiaque en cours à l'arrivée de l'équipe				
	<input type="checkbox"/> Appareil de compression LUCAS				
	Moniteur cardiaque installé/rythme cardiaque initial :				
	<input type="checkbox"/> Asystolie <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV sans pouls <input type="checkbox"/> Activité électrique sans pouls <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> Autre : _____				
	<b>A-B VENTILATION/VOIES AÉRIENNES</b>				
	<input type="checkbox"/> Inhalothérapeute au chevet				
	<input type="checkbox"/> Ventilation assisté : <input type="checkbox"/> TET déjà en place Canule : <input type="checkbox"/> Oropharyngée <input type="checkbox"/> Nasopharyngée				
	<input type="checkbox"/> Ballon masque O <sub>2</sub> : _____ L/min <input type="checkbox"/> Autre : _____				
	Intubation : Taille du TET : _____ mm Fixé à : _____ cm Par : _____				
	Test CO <sub>2</sub> : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif				
	<b>MONITORING/DÉFIBRILLATION/CARDIOVERSION</b>				
(hh:mm)	<b>Rythme</b>	<b>Choc : Joules</b>	<b>Synch</b>	<b>Par :</b>	<b>Rythme post choc</b>
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
	<b>Stimulation cardiaque externe :</b>				
	Mode : <input type="checkbox"/> Synchrones <input type="checkbox"/> Asynchrones		Intensité : _____ mA		Fréquence : _____ /min

Nom :

Prénom :

# dossier :

HEURE	VOIES intraveineuses (IV) ou intra osseuses (IO)		Initiales
	<input type="checkbox"/> Cathéter No 1 déjà en place Soluté : <input type="checkbox"/> NaCl 0,9 % <input type="checkbox"/> Lactate ringer (LR)	Site/calibre : _____ Débit : ____ mL/h <input type="checkbox"/> Plein débit X ____ mL	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IO
	<input type="checkbox"/> Cathéter No 2 déjà en place Soluté : <input type="checkbox"/> _____	Site/calibre : _____ Débit : ____ mL/h	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IO
	<input type="checkbox"/> Cathéter No 3 déjà en place Soluté : <input type="checkbox"/> _____	Site/calibre : _____ Débit : ____ mL/h	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IO

MÉDICATION	Voie	hh:mm	Initiales	hh:mm	Initiales	hh:mm	Initiales	hh:mm	Initiales	hh:mm	Initiales	hh:mm	Initiales
Épinéphrine 1 mg													
Épinéphrine 1 mg													
Atropine 1 mg													

MÉDICATION	Voie	hh:mm	Initiales	DVI	MÉDICATION	Voie	hh:mm	Initiales	DVI
Amiodarone ____ mg									
Amiodarone ____ mg									

LABORATOIRES		hh:mm	EXAMENS DIAGNOSTIQUES		hh:mm
<input type="checkbox"/> Glycémie capillaire	Résultat : _____		<input type="checkbox"/> ECG		
<input type="checkbox"/> Gaz : Artériel :			<input type="checkbox"/> Rx pulmonaire		
	Veineux :		<input type="checkbox"/> ÉDU <sup>1</sup> (fast echo)		
<input type="checkbox"/> Hb-Ht <input type="checkbox"/> Ions <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Tropo <input type="checkbox"/> Créat <input type="checkbox"/> Urée			<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____			<sup>1</sup> Échographie au département d'urgence		

SOINS POSTRÉANIMATION	
<input type="checkbox"/> Fin des manœuvres (hh:mm) : ____ : ____	<input type="checkbox"/> Décision prise par _____
<input type="checkbox"/> Heure du décès (hh:mm) : ____ : ____	
<input type="checkbox"/> Retour en rythme cardiaque spontanée à (hh:mm) : ____ : ____	
<b>Orientation :</b>	
<input type="checkbox"/> Soins intensifs <input type="checkbox"/> Transfert CH : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____ Heure (hh:mm) : ____ : ____

FAMILLE	
<input type="checkbox"/> Appel fait par : _____	Lien avec l'utilisateur : _____ Heure (hh:mm) : ____ : ____
Présente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lien : _____	

SIGNES VITAUX ET NOTES COMPLÉMENTAIRES	
<input type="checkbox"/> Voir le formulaire : SIGNES VITAUX ET OBSERVATIONS INFIRMIÈRE – CODE BLEU (OT2545)	

TITRE	NOM-PRÉNOM	SIGNATURE	TITRE	NOM-PRÉNOM	SIGNATURE
Médecin			Inf.		
Inh. No 1			Inf.		
Inh. No 2			Inf.		