



SOINS DE FIN DE VIE

GRILLES JOURNALIÈRES ET NOTES AU DOSSIER

* Directives générales Débuter l'utilisation de ce formulaire dès qu'il y a confirmation médicale de fin de vie
Compléter un nouveau formulaire chaque jour

Date : _____ COVID-19 Suivre les recommandations de la PCI en soins de fin de vie

Section 1 : Grille d'observation et de surveillance des symptômes de l'usager-ère

Évaluer chaque symptôme ci-dessous à toutes les 2 h – Aviser le médecin si présence d'un symptôme \geq 3fois/24h non soulagé par PRN. En présence de symptômes, noter oui (O) ou non (N) dans la grille, sauf pour état d'éveil, douleur, et fréquence respiratoire. En présence de symptômes/détérioration, aviser l'infirmier-ère et se référer au Guide de prise en charge des signes et symptômes de fin de vie.

Symptômes Oui (O) Non (N) Heure	Nuit			Jour			Soir		
Douleur (Évaluer avec la même échelle) Indiquer l'échelle et coter <input type="checkbox"/> PAINAD <input type="checkbox"/> Échelle numérique <input type="checkbox"/> Autre (Spécifier) : _____									
Détresse respiratoire Nécessite présence de 2 critères : 1) État de panique 2) Détresse respiratoire majeure subite (tachypnée, tirage...)									
Fréquence respiratoire sur une minute									
Râles/embaras bronchiques									
Dyspnée									
Apnée (Indiquer la durée si présence)									
Éveillé-e/facile à réveiller									
Altération de l'état de conscience									
Anxiété/Symptômes dépressifs									
État confusionnel (Délirium/agitation)									
Nausées/Vomissements									
Distension abdominale									
Sécheresse muqueuses/oculaire									
Plaie(s) de pression (se référer aux formulaires de plaie)									
Autres									
Initiales									

Nom :

Prénom :

Dossier :

Section 2 : Grille de surveillance d'éléments pouvant influencer le bien-être de l'utilisateur par le médecin ou l'infirmière

Pour assurer un bien-être maximal, surveiller chaque élément ci-dessous à toutes les 2h en répondant aux questions suivantes :

Éléments de surveillance	Heure	Nuit				Jour				Soir			
L'utilisateur s'est-il/elle hydraté-e ? [Oui (O); Non (N)]													
L'utilisateur a-t-il/elle uriné dans les 2 dernières heures ? [Indiquer la quantité en ml; Si incontinent, indiquer peu (P); modéré (M) ou abondant (AB)] <i>Si anurie se référer à l'ordonnance médicale SM02259 (si non complétée aviser le médecin si anurie 8h et résultat de bladder scan à 500 ml)</i>													
L'utilisateur s'est-il/elle alimenté ? [Indiquer Nil, ¼, ½, complet ou non applicable (NA)]													
L'utilisateur est-il/elle allé-e à la selle dans les 2 dernières heures ? [Indiquer consistance : liquides (L); normales (N) ou dures (D) ; Quantité : peu (P); modéré (M); abondant (AB)]													
Les soins de bouche/muqueuses ont-ils été effectués dans les 2 dernières heures ? [Oui (O); Non (N) et écrire note justificative]													
L'utilisateur a-t-il/elle été mobilisé-e dans les 2 dernières heures ? [Oui (O); Non (N) et écrire note justificative]													
Les sites d'injection sous-cutanés sont-ils intacts et perméables? [Oui (O); Non (N) et écrire note justificative]													
Une personne significative a-t-elle été au chevet de l'utilisateur dans les 2 dernières heures ? [Oui (O); Non (N) et écrire note justificative] <i>Si absence ≥ 24h, prévoir bénévole si possible</i>													
Une communication avec la famille a été faite dans les 24 heures <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Préciser les enjeux et les actions prises : _____ _____													
Initiales													

Nom, Prénom	Titre professionnel	#de permis	Signature

