

### Histoire de cas

À l'aide de l'histoire de cas, complétez le cardex en y inscrivant au bon endroit les soins spécifiques à cette patiente.

Madame Marguerite Bastin, 58 ans, est hospitalisée depuis le 10 septembre 2015, pour pneumonie au lobe inférieur droit. Elle arrive sur ton unité ce matin à 10 heures, après avoir passé une nuit complète sur une civière de l'urgence. Voici les prescriptions médicales de son médecin traitant Dr. Bélanger :

#### Prescriptions :

- Soluté NaCl 0.9 % à 100 ml/h ✓
- Solumédrol 40 mg Iv q 6h ✓
- Consultation avec pneumologue ✓
- Diète diabétique ✓
- Glycémie QID (7 :30-11 :30-16 :30-21) ✓
- Sv usuel (10-21), surveiller la TR q 4h ✓
- Pas de code, pas d'intubation ✓
- O<sub>2</sub> à 2 L via Ln ✓
- Viser saO<sub>2</sub> > 92 % ✓
- Demain le 11 septembre : FSC, É, bun, créat ✓
- Rx du poumon fait le 10 septembre ✓

#### Observations de l'équipe de soins et de la famille :

- Le PAB vous informe que Mme ne veut pas se lever pour aller à la toilette malgré qu'elle est autonome, elle préfère utiliser la bassine la nuit ✓
- Lorsque l'infirmière a visité Mme ce am, elle a remarqué qu'elle ne portait pas son appareil auditif. ✓
- Mme vous dit se sentir très faible quand elle se lève, vous décidez d'inscrire au cardex que Mme se déplace avec l'aide de 1 personne et avec sa canne ✓
- Au rapport interservices, l'inf vous avise que Mme à fait un choc anaphylactique sur la morphine qu'on lui avait donné pour sa douleur pleurétique. *est intermittente*
- Micheline sa fille est désignée comme responsable de la famille pour donner des renseignements. On peut la rejoindre au 450- 000-000 ✓
- Vous remarquez que dans la FADM, votre cliente prend du neurontin (un médicament pour traiter l'épilepsie)
- L'infirmière vient de lui installer un pansement duoderm au coccyx pour une plaie de pression. ✓
- La secrétaire vous avise qu'elle a avisé le pneumologue de sa consultation ✓





DT91558

2072277  
 Marguerite Bastien  
 Ch :304  
 Dr. Bélanger

## PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

### CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problèmes ou besoins prioritaires	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2015/09/10	12 :00	1	Pneumonie LID	YOG				
2014/08/25	18 :00	2	Xérostomie	GL				

### SUIVI CLINIQUE

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
2014/08/11	12 :00	1	Vérifier les symptômes psychotiques q quart	YOG			
		1	Offrir un PRN si idées délirantes	YOG			
		1	Aviser l'inf si agitation et agressivité et adm un PRN suite à son évaluation.	YOG			
		1	Noter au dossier les effets extrapyramidaux et aviser le psychiatre	YOG			
2014/08/25	18 :00	2	Augmenter l'hydratation, mâcher de la gomme et sucer de la glace, si inefficace avise psychiatre	GL			

Signature de l'infirmière	Initiales	Programmes/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programmes/Service
Yan Ouimet-Grill inf.	YOG	Psychiatrie 3 <sup>e</sup>			
Ginette Leduc inf.	GL	Psychiatrie 3 <sup>e</sup>			

Exemple tiré du document officiel de l'OIIQ, 2006

## PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)





COLLECTE DE DONNÉES  
(SPCD)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Admission: Date : 10 sept 2015 Heure : 10h00  
Diagnostic médical : pneumonie lobe inf. drt  
Autres conditions associées et antécédents : DB - Épileptique  
Personne-ressource : Micheline file 450 - 000 - 0000  
Signes vitaux: T. A. Pls Rég. Irrég. Resp. T° Taille  Poids   
Médicaments :

SE MOUVOIR

Handicap(s) physique(s) :   
Prothèse-orthèse : canne  
Besoin d'aide: Marcher : oui  non  - Se lever : oui  non  - Se tourner : oui  non   
Remarques : se dit fatiguée x 1 peu et faible

RESPIRER

Dyspnée: oui  non  - Orthopnée: oui  non  - Tabagisme: oui  non  Quantité :   
Surveillance requise : oui  non   
Remarques (O<sub>2</sub>, tirage, cyanose, bruits respiratoires, etc.) : O<sub>2</sub> via L.N ≥ 92%

MAINTENIR LA TEMPÉRATURE DU CORPS DANS LES LIMITES NORMALES

Remarques : TR 4h

BOIRE ET MANGER

Diète spéciale : Diète DB  
Consommation d'alcool : oui  non  - Quantité :   
Habitudes alimentaires spécifiques :   
Prothèse dentaire supérieure : oui  non  Prothèse dentaire inférieure : oui  non   
Besoin d'aide : oui  non   
Remarques : OFFrir liq. plusieurs fois / jr, gomme, glaçon

ÉVITER LES DANGERS

Allergies : oui  non  Nature : Morphine (choc anaphylactique)  
Douleur : oui  non  Intense  Modérée  Légère  Continue  Intermittente   
Anxieux: oui  non  - Déprimé: oui  non  - Agité: oui  non  - Ret. Mental: oui  non   
Remarques :

**COMMUNIQUER AVEC SES SEMBLABLES**Conscient  Semi-conscient  Inconscient Orienté: Dans le temps: oui  non  Dans l'espace: oui  non  Vers les personnes: oui  non Confus: oui  non  - Délirant: oui  non  - Halluciné: oui  non Déficit auditif: - gauche: oui  non  - droite: oui  non  Prothèse auditive: oui  non Déficit visuel: oui  non  Prothèse visuelle: oui  non  Muet: oui  non 

Remarques :

**ÉLIMINER**Incontinence fécale: oui  non  - Constipation: oui  non  - Diarrhée: oui  non  - Laxatifs oui  non Incontinence urinaire: oui  non  Bassine/urinal: oui  non Stomie: oui  non  Diaphorèse: oui  non 

Remarques : utilise la bassine la nuit

**ÊTRE PROPRE, SOIGNÉ ET PROTÉGER SES TÉGUMENTS**Plaies: oui  non  Site: coccyx Description: plaie pressionRougeur / chaleur: oui  non  Site: \_\_\_\_\_ Description: \_\_\_\_\_Bain: seul  avec aide  complet au lit 

Remarques :

**DORMIR ET SE REPOSER**

Habitudes de sommeil et de repos: \_\_\_\_\_

Médicaments: \_\_\_\_\_

Remarques : Bassine la nuit

**SE VÊTIR ET SE DÉVÊTIR**Autonome: oui  non 

Remarques :

**APPRENDRE**Remarques :  $\emptyset$ **S'OCCUPER EN VUE DE SE RÉALISER**Remarques :  $\emptyset$ **SE RECRÉER**Remarques :  $\emptyset$ **AGIR SELON SES CROYANCES ET SES VALEURS**Aumônier: oui  non  Religion ou croyance: \_\_\_\_\_Remarques :  $\emptyset$ Renseignements donnés par le client: oui  non  Autres: \_\_\_\_\_Données recueillies par Anne Gabrielle Petit ep Date: 23/09/13 Heure: 10h00Signature: [Signature]



DATE	RESPIRATION	DATE	PERFUSION	DEBIT	SITE / DATE	TUBULURE A CHANGER
	O <sub>2</sub> : 2L VM <input type="checkbox"/> LN <input checked="" type="checkbox"/>	09/10	NS 0,9%	100		
	Prot. SaO <sub>2</sub> : $\geq 92\%$					
	Aviser si :					
	O <sub>2</sub> pour SaO <sub>2</sub> à : 92%					
	Humidité :					

DATE	PRODUITS SANGUINS

DATE	LABO	FAIT LE	DATE	EXAMEN	FAIT LE

DATE	HYGIENE
	Autonome <input checked="" type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/>
	Bain complet <input type="checkbox"/> Bain partiel <input type="checkbox"/>
	Lit <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/>
	Hygiène buccale <input type="checkbox"/>

DATE	INTEGRITE DE LA PEAU
	Plaie de pression <input checked="" type="checkbox"/>
	Échelle de Braden <input type="checkbox"/>
	Site : coccyx
	Rééval. le :

DATE	MOBILITE
	Ambulant <input type="checkbox"/> Circule avec aide <input checked="" type="checkbox"/> Repos au lit <input type="checkbox"/>
	Lever avec aide <input checked="" type="checkbox"/> Levier <input type="checkbox"/> Mobilité / Bloc <input type="checkbox"/>
	Fauteuil : Marchette <input type="checkbox"/> Canne <input checked="" type="checkbox"/>
	Béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> lever : texte
	Plaie chx : MEC : CPM :
	Pansement : Traction :
	Positions alternées : Ex. Musc. :
	Étape ♥ :

ENSEIGNEMENT				
	Sujet	Remis	Fait	Vidéo
	Autres : texte			

PARTICULARITÉS
Consultation en pneumologie demandée

2072277

Marguerite Bastien

Ch : 304

Dr : Bélanger

## FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM)

Date : 2015/09/11

Légende : ND : non donnée + raison

AA : automédication

MÉDICAMENTS		Heures	Heures	Codes	Init.	Remarques	Validité # Jrs	lx
Médicament : <u>Solumédrol</u>	Dose : <u>40 mg</u> Intervalle : <u>Q 6h</u>	3 :00	<input type="checkbox"/>					Déb/Fin
Voie : <u>IV</u>	Concentration : _____	9 :00						
Quantité donnée : _____	Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____	15 :00						
		21 :00						
Médicament : <u>Nacl 0.9%</u>	Dose : <u>100 ml/h</u> Intervalle : <u>En continue</u>							Déb/Fin
Voie : <u>IV</u>	Concentration : _____							
Quantité donnée : _____	Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____							
Médicament : <u>Avelox</u>	Dose : <u>400 mg</u> Intervalle : <u>DIE</u>	21 :00	<input type="checkbox"/>					Déb/Fin
Voie : <u>IV</u>	Concentration : _____							
Quantité donnée : _____	Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____							
Médicament : <u>Colace</u>	Dose : <u>100 mg</u> Intervalle : <u>BID</u>	9 :00	<input type="checkbox"/>					Déb/Fin
Voie : <u>PO</u>	Concentration : _____	21 :00	<input type="checkbox"/>					
Quantité donnée : _____	Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____							
Médicament : <u>Neurontin</u>	Dose : <u>100 mg</u> Intervalle : <u>BID</u>	9 :00	<input type="checkbox"/>					Déb/Fin
Voie : <u>PO</u>	Concentration : _____	21 :00	<input type="checkbox"/>					
Quantité donnée : _____	Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____							
<input type="checkbox"/> FADM vérifiée et conforme		Initiales		Heure : _____				
<b>Signature</b>	<b>Init.</b>	<b>Signature</b>	<b>Init.</b>	<b>Signature</b>	<b>Init.</b>			



2072277

Marguerite Bastien

Ch :304

Dr : Gingras

## FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM)

Date : 2013/05/06

Légende : ND : non donnée + raison AA : automédication

MÉDICAMENTS	Légende : ND : non donnée + raison AA : automédication				Validité # / Jrs
	Heures	Heures	Codes	Init.	
Médicament : <u>Ativan</u> Dose : <u>1 mg</u> Intervalle : <u>X 1 dose si agitation</u> Voie : <u>IM</u> et agressif Concentration : _____ Quantité donnée : <u>Adm c haldol</u> Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____					Déb/Fin
Médicament : <u>Cogentin</u> Dose : <u>1 mg</u> Intervalle : <u>Bid</u> Voie : <u>PO</u> Concentration : _____ Quantité donnée : _____ Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____	09 :00	<input type="checkbox"/>			Déb/Fin
	21 :00	<input type="checkbox"/>			
Médicament : _____ Dose : _____ Intervalle : _____ Voie : _____ Concentration : _____ Quantité donnée : _____ Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____					Déb/Fin
Médicament : _____ Dose : _____ Intervalle : _____ Voie : _____ Concentration : _____ Quantité donnée : _____ Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____					Déb/Fin
Médicament : _____ Dose : _____ Intervalle : _____ Voie : _____ Concentration : _____ Quantité donnée : _____ Diluer dans : _____ Donner en : _____ Par : _____					Déb/Fin
<input type="checkbox"/> FADM vérifiée et conforme					
Initiales : _____ Heure : _____					
<b>Signature</b>	<b>Init.</b>	<b>Signature</b>	<b>Init.</b>	<b>Signature</b>	<b>Init.</b>



Inf :		Inf.aux :		PAB :	
Nom :				Âge :	
Chambre :		Médecin :			
Diagnostic :		Antécédents :			
Allergies :		Intolérance :			
Niveau de soin :					
Particularité de la personne					
Hygiène			Habillage		
Transfert et mobilité			Diète		
Sécurité			Élimination Miction : Selles : Culotte : Toilette : Drain : Sonde :		
Traitements ou examens					
Rapport du quart précédent			Rapport de fin de journée		

