

## RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

### • Niveau d'intervention médicale •

#### RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (RCR)

- Manœuvres de réanimation cardiorespiratoire requises
- Manœuvres de réanimation cardiorespiratoire refusées

**N.B.** *Les installations du CSSS de Thérèse-De Blainville ne disposent pas des équipements nécessaires à la RCR avancée. Dans le cas où cette intervention serait souhaitée, des mesures de réanimation de base seront entreprises dans l'attente des services d'urgence (911).*

---

#### NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM)

- Niveau 1 : Correction d'un état de santé altéré par tout moyen disponible. Investigation et traitement appropriés et transfert en centre hospitalier à cette fin si indiqué.

---

- Niveau 2 : Correction de toute détérioration possiblement réversible. Utilisation des ressources de l'établissement selon la disponibilité. Transfert en centre hospitalier au besoin.

---

- Niveau 3 : Correction des pathologies réversibles et contrôle des symptômes (fièvre, nausées, difficultés respiratoires...) par des moyens diagnostiques et thérapeutiques ne causant pas d'inconfort.  
  
Ajustement des traitements dans le but de prévenir ou soulager la douleur et l'inconfort.  
  
Pas de transfert en centre hospitalier sauf si on ne peut soulager la douleur ou d'autres symptômes avec les moyens disponibles sur place (ex. : fracture...).

---

- Niveau 4 : Soins confort : Interventions visant exclusivement le confort par le traitement de la douleur ou de tout autre symptôme sans chercher à préciser ou corriger la pathologie sous-jacente.

---

**N.B.** *Les décisions concernant la RCR et le NIM peuvent être révisées en tout temps.*

*Adapté du document «La pratique médicale en soins de longue durée - Guide d'exercice», rédigé par le Collège des médecins du Québec, mai 2007*

**APTITUDE DU CONSENTEMENT À LA RCR ET AU NIM\***

Patient apte

Patient inapte

Nom du représentant : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

---

**Personnes présentes à la rencontre et lien avec le patient**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Discussion**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du patient ou de son représentant (facultatif) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---

**Révision**

Date : \_\_\_\_\_  NIM idem : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Changement NIM : \_\_\_\_\_ (voir nouveau formulaire)

Date : \_\_\_\_\_  NIM idem : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Changement NIM : \_\_\_\_\_ (voir nouveau formulaire)

Date : \_\_\_\_\_  NIM idem : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Changement NIM : \_\_\_\_\_ (voir nouveau formulaire)

*Adapté du document «La pratique médicale en soins de longue durée - Guide d'exercice», rédigé par le Collège des médecins du Québec, mai 2007*

**FEUILLE SOMMAIRE**

**Centre d'hébergement et de soins de longue durée**

Établissement

Cause immédiate du décès

- Décès
- Autopsie

Date du départ

Durée du séjour

N° de dossier

Date d'admission

Date	Diagnostics à l'admission et en cours de séjour, incluant les complications	Signature du médecin	Code

Diagnostic principal

Orientation de l'utilisateur au départ

Domicile     Transfert (*endroit, date*)

Autres

Année      Mois      Jour  
 \_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Signature du médecin traitant      N° permis

Traitements

Signature du médecin

Code

Consultations et examens spéciaux

Interne

Externe

Code

Consultations et examens spéciaux

Interne

Externe

Code

Notes complémentaires sur le séjour

Signature du médecin traitant

N° permis

Année

Mois

Jour

Date

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DU BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN SOINS DE LONGUE DURÉE

1. Poids : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Créatinine : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (A/M/J)  
(livres) (kilogrammes)
- Consommation :  Tabac  Alcool  Café/thé

2. Avez-vous déjà eu une allergie, une intolérance à un médicament ou autre (alimentaire, etc.) ?
- Allergie(s) :  Oui  Aucune allergie connue  
SI OUI, préciser à quoi et la réaction : \_\_\_\_\_
- Intolérance(s) :  Oui  Aucune intolérance connue  
SI OUI, préciser à quoi et la réaction : \_\_\_\_\_

3. Naïfs aux opiacés :  OUI  NON

4. Intervenants impliqués

Professionnels	Nom	Téléphone	Localité
Pharmacie		( )	
Autre		( )	

5. Gestion de la médication :  Vials  Dispill  Dosette  
 Autonome  Avec aide, préciser : \_\_\_\_\_

Comment prenez-vous vos médicaments ?

- Ronds avec eau  Ronds en compote  Écrasés

6. Complément à la liste des médicaments (médicaments qui ne font pas déjà partie de la liste)

Prenez-vous les médicaments suivants ?	Non (✓)	Oui (✓)	SI OUI, préciser PRN (nom du médicament, dosage, fréquence, voie d'administration, durée)
Anticoagulants (ex : Coumadin, Sintrom, Pradax, etc.)			Préciser le professionnel qui effectue le suivi du Coumadin ou du Sintrom : _____
Gouttes/onguents (oreilles, yeux)			
Médicaments pour dormir			
Sirop			
Antibiotique			
Cortisone			
Inhalateurs (pompes) par la bouche et/ou par le nez			
Timbres transdermiques (patches)			
Injections (ex. insuline)			
Médicaments en vente libre, sur tablette en pharmacie (allergies, douleur, grippe, maux d'estomac)			
Produits naturels			
Vitamines / minéraux			
Suppositoire			
Crèmes, onguents, lotions			
Échantillons médicaux			

7. Dans les 3 derniers mois, avez-vous acheté des médicaments prescrits à d'autres pharmacies ?

OUI  NON

SI OUI, quelles sont les coordonnées de cette pharmacie (nom, adresse et téléphone) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Y-a-t-il eu des changements dans les médicaments que vous prenez au cours des 3 derniers mois ?

OUI  NON  NE SAIT PAS

SI OUI, préciser : \_\_\_\_\_

9. Changements dans la médication effectués par l'utilisateur

9.1 Avez-vous initié vous-même des changements dans votre médication ? En d'autres mots, prenez-vous certains médicaments de façon différente de la prescription du médecin ?

OUI  NON

SI OUI, lequel ou lesquels et pourquoi : \_\_\_\_\_

9.2 Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il de cesser de prendre certains de vos médicaments ?

OUI  NON

SI OUI, lequel ou lesquels et pourquoi : \_\_\_\_\_

9.3 Si parfois vous vous sentez mal, modifiez-vous la dose de vos médicaments pour tenter de régler le problème ?

OUI  NON

SI OUI, lequel ou lesquels et pourquoi : \_\_\_\_\_

9.4 Y a-t-il des médicaments que vous n'aimez pas (provoquent des effets secondaires désagréables) ?

OUI  NON

SI OUI, lequel ou lesquels et pourquoi : \_\_\_\_\_

9.5 Vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?

OUI  NON

SI OUI, lequel ou lesquels et pourquoi : \_\_\_\_\_

10. Régularité des selles :

Fréquence habituelle : \_\_\_\_\_

Quantité/Consistance : \_\_\_\_\_

Fréquence actuelle : \_\_\_\_\_

Quantité/Consistance : \_\_\_\_\_

Dernière selle (date/heure) : \_\_\_\_\_

11. Documents à joindre et à télécopier à la pharmacie au (450) 437-4640 :

Prescription de départ

Évaluation initiale en soins infirmiers

FADM de l'établissement référant

Sommaire d'hospitalisation

Résultats de laboratoire (RIN, Créat., etc.)

Évaluation de la douleur

**Attention les documents originaux suivants devront être acheminés à la pharmacie le jour même :**  
**Prescription de départ, FADM et Questionnaire du bilan comparatif des médicaments**

**Questionnaire sur la médication rempli avec :**

Usager

Famille

Autres : \_\_\_\_\_

(Nom, lien avec l'utilisateur et la raison pour laquelle le questionnaire n'a pas été rempli avec l'utilisateur)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'infirmière

\_\_\_\_\_  
Date