

Nom		SV	
Dx			
Atcd			
Allergie			
Niveau de soins			
Iso	inf:		
# Dossier	Dr:		
Autonomie		Gluco	O₂
<input type="checkbox"/> Élimination	___selle + ML	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Diète/Repas		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mobilisation/Hygiène		<input type="checkbox"/>	
Évaluation générale		RX	
Psmt 1		Perfusion	
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> En place	Soluté _____
<input type="checkbox"/> type psmt		<input type="checkbox"/> Date sac+tub	<input type="checkbox"/> Débit _____
<input type="checkbox"/> Qté/aspect		<input type="checkbox"/> Irrigué	<input type="checkbox"/> Site
		<input type="checkbox"/> Site intact	<input type="checkbox"/> Jelco #
			Reste:
Gavage		<input type="checkbox"/> Horaire	
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Irrigation + Qté	
<input type="checkbox"/> Type d'Ensure		<input type="checkbox"/> Résidus	
Stomie		Tracheo	TNG
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Type	<input type="checkbox"/> Narine
<input type="checkbox"/> Qté/Aspect		<input type="checkbox"/> A changer	<input type="checkbox"/> Drainage libre/succion: _____
<input type="checkbox"/> Enseign			<input type="checkbox"/> Qté/Aspect
Drain		Sonde Fr _____	
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Qté	
<input type="checkbox"/> Qté/Aspect		<input type="checkbox"/> Aspect	
		<input type="checkbox"/> Drainage libre Bladderscan _____	
Examens et labo		I/E	

Nom		SV	
Dx			
Atcd			
Allergie			
Niveau de soins			
Iso	inf:		
# Dossier	Dr:		
Autonomie		Gluco	O₂
<input type="checkbox"/> Élimination	___selle + ML	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Diète/Repas		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mobilisation/Hygiène		<input type="checkbox"/>	
Évaluation générale		RX	
Psmt 1		Perfusion	
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> En place	Soluté _____
<input type="checkbox"/> type psmt		<input type="checkbox"/> Date sac+tub	<input type="checkbox"/> Débit _____
<input type="checkbox"/> Qté/aspect		<input type="checkbox"/> Irrigué	<input type="checkbox"/> Site
		<input type="checkbox"/> Site intact	<input type="checkbox"/> Jelco #
			Reste:
Gavage		<input type="checkbox"/> Horaire	
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Irrigation + Qté	
<input type="checkbox"/> Type d'Ensure		<input type="checkbox"/> Résidus	
Stomie		Tracheo	TNG
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Type	<input type="checkbox"/> Narine
<input type="checkbox"/> Qté/Aspect		<input type="checkbox"/> A changer	<input type="checkbox"/> Drainage libre/succion: _____
<input type="checkbox"/> Enseign			<input type="checkbox"/> Qté/Aspect
Drain		Sonde Fr _____	
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Qté	
<input type="checkbox"/> Qté/Aspect		<input type="checkbox"/> Aspect	
		<input type="checkbox"/> Drainage libre Bladderscan _____	
Examens et labo		I/E	