

Nom Dx Atcd Allergie Niveau de soins Iso # Dossier		inf: Dr:		SV	
Autonomie		Gluco		O₂	
<input type="checkbox"/> Élimination _____selle + ML		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Diète/Repas		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mobilisation/Hygiène		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Évaluation générale		RX			
Psmt 1		Perfusion		Soluté_____	
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> En place		<input type="checkbox"/> Débit_____	
<input type="checkbox"/> type psmt		<input type="checkbox"/> Date sac+tub		<input type="checkbox"/> Site	
<input type="checkbox"/> Qté/aspect		<input type="checkbox"/> Irrigué		<input type="checkbox"/> Jelco #	
		<input type="checkbox"/> Site intact		Reste:	
		<input type="checkbox"/> Horaire			
		<input type="checkbox"/> Irrigation + Qté			
		<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 Dx Atcd Allergie Niveau de soins Iso # Dossier		inf: Dr:		SV	
Autonomie		Gluco		O₂	
<input type="checkbox"/> Élimination _____selle + ML		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Diète/Repas		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mobilisation/Hygiène		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Évaluation générale		PRN			
Perfusion		Soluté_____		Perfusion	
<input type="checkbox"/> En place		<input type="checkbox"/> Débit_____		<input type="checkbox"/> En place	
<input type="checkbox"/> Date sac+tub		<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Débit_____	
<input type="checkbox"/> Irrigué		<input type="checkbox"/> Jelco #		<input type="checkbox"/> Site	
<input type="checkbox"/> Site intact		Reste:		<input type="checkbox"/> Jelco #	
		<input type="checkbox"/> Site intact		Reste:	
Psmt 1		Psmt 2		Psmt 3	
<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Site		<input type="checkbox"/> Site	
<input type="checkbox"/> type psmt		<input type="checkbox"/> type psmt		<input type="checkbox"/> type psmt	
<input type="checkbox"/> Qté/aspect		<input type="checkbox"/> Qté/aspect		<input type="checkbox"/> Qté/aspect	
		<input type="checkbox"/> Horaire			
		<input type="checkbox"/> Irrigation + Qté			
		<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			