



Guide d'utilisation de la note d'observations/évolution en soins infirmiers de l'urgence

**Document élaboré par
Carine Milante, Conseillère en soins spécialisés**

**En collaboration avec
Anne Girouard, ASI Urgence
Annie Pinsonnault, infirmière clinicienne Urgence**

Mai 2014

Principes directeurs sur la documentation des soins infirmiers

La documentation des soins infirmiers réfère à l'ensemble de l'information relative aux soins infirmiers consignée au dossier du client, ainsi qu'à l'activité même de consigner cette information.

Code de Déontologie des infirmières auxiliaires (OIIAQ 2014)

17. Le membre ne doit pas, au regard du dossier d'un patient ou de tout rapport, registre, dossier de recherche ou autre document lié à la profession:

- 1° les falsifier, notamment en y altérant des notes déjà inscrites ou en y insérant des notes sous une fausse signature;
- 2° fabriquer de faux dossiers, rapports, registres ou documents;
- 3° y inscrire de fausses informations;
- 4° omettre d'y inscrire les informations nécessaires.

Code de Déontologie des infirmières (OIIQ, 2014)

14. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas, au regard du dossier du client ou de tout rapport, registre, dossier de recherche ou autre document lié à la profession:

- 1° les falsifier, notamment en y altérant des notes déjà inscrites ou en y insérant des notes sous une fausse signature;
- 2° fabriquer de tels dossiers, rapports, registres ou documents;
- 3° y inscrire de fausses informations;
- 4° omettre d'y inscrire les informations nécessaires.

L'importance de la documentation en soins infirmiers

- Soutien clinique à la pratique infirmière:
 - Assure la sécurité et la qualité des soins durant l'épisode de soins;
 - Fait état des besoins et des attentes du client,
 - De l'évolution de sa situation de santé telle qu'évaluée par l'infirmière, de la prise de décisions cliniques,
 - Des éléments sur lesquels elle appuie ces décisions (soins, traitements, manifestations, interventions et les résultats)
- Contribution à la continuité des soins:
 - un continuum de soins et de services, permet aux membres de l'équipe interdisciplinaire d'être renseignés sur:
 - le client;
 - sur l'évolution de sa situation de santé;
 - sur le plan thérapeutique infirmier.
- Apport à l'évaluation de la qualité des soins dans une perspective d'amélioration continue;
 - permet l'accès à des données relatives aux éléments organisationnels, aux éléments d'exercice et aux résultats obtenus chez les clients, permettant ainsi d'évaluer les effets des améliorations apportées.

Caractéristiques d'un contenu approprié:

- Information pertinente
- Information exacte
- Information complète
- La pertinence est définie par le bien-fondé de l'information en regard de la situation de santé.
 - Exemples d'informations pertinentes dans une note :
 - Présence ou absence de signes neurovasculaires chez un client porteur d'un plâtre à une jambe
 - Description de la respiration d'un usager avec pneumonie
 - Présence ou absence d'un plan (COQ) pour l'utilisateur avec risque suicidaire
- L'exactitude est en lien avec la valeur du contenu:
 - des informations exactes comportent les éléments essentiels à la description des événements et ne portent pas à interprétation
 - Exemples d'exactitude:
 - Notes chronologiques
 - Notes sans acronymes
 - Notes lisibles
 - L'inexactitude des données peut entraîner:
 - Une prise de décision erronée et causer des préjudices au client
- La complétude:
 - peut soutenir et expliquer les décisions de l'infirmière.
 - comporte un contenu et une fréquence suffisants pour suivre l'évolution de santé du client et dépister un changement;
 - permet de reconstituer les faits à l'occasion d'incidents ou d'accidents;

Consignes générales pour la rédaction de la note d'observations/évolution

- Utiliser un crayon à encre bleue ou noire, indélébile. Il n'est pas autorisé d'utiliser un crayon à encre fluorescente ou brillante
- **Adressographier** le formulaire au nom de l'utilisateur, avec sa carte d'hôpital.
- **Inscrire le nom, prénom et numéro de dossier** sur l'endos du formulaire.
- **Inscrire la date** de la journée commençant à 00h00 (minuit). Inscrire la date selon les normes du système international (année – mois – jour).
- **Inscrire l'heure** à laquelle la note est réalisée (ex : 00h00 à 08h00)
- **Inscrire le numéro de civière occupée** par l'utilisateur au moment de la note
- **Légende pour la section notes par exception (cochage):**
 - Un crochet (√) dans la case indique que l'évaluation/observation a été faite.
 - Un trait (- ou /) dans la case ou sur la ligne libre indique que ce n'est pas pertinent présentement à la situation clinique.
- **La section de cochage n'est pas réservée uniquement à un professionnel.** Les infirmières et les infirmières auxiliaires peuvent compléter la section de cochage et faire des notes narratives.
- **Dans la section des notes narratives:**
 - Inscrire l'heure (ex: 13h00) dans la colonne appropriée.
 - Documenter les manifestations, interventions et réactions observées/évaluées, tirer un trait pour compléter une ligne et apposer vos initiales.
 - Une seconde entrée devra être inscrite immédiatement à la ligne en dessous de l'entrée précédente.
- L'infirmière **ET** l'infirmière auxiliaire doivent inscrire leurs initiales, apposer lisiblement leurs signatures et leurs titres d'emploi.

Consignes spécifiques pour chaque section de la note par exception (cochage)

SÉCURITÉ / PRÉVENTION DES INFECTIONS	
Bracelet d'identité	Cocher si le bracelet est en place : Apposer vos initiales pour confirmer à chaque quart de travail, la concordance entre le bracelet d'identification et le nom de l'utilisateur
Bracelet d'allergie	Cocher si le bracelet est en place : Apposer vos initiales pour confirmer à chaque quart de travail, la concordance entre le bracelet d'allergie (médicamenteuse et/ou alimentaire)
Surveillance	Indiquer sur la ligne le niveau de surveillance : <ul style="list-style-type: none">• Normale• Étroite• Constante
Précautions	Inscrire sur la ligne le type de précautions requises : <ul style="list-style-type: none">• Aériennes• Gouttelettes• Contact• Aériennes/contact• Aériennes/contact +
Cloche d'appel à sa portée	Cocher si la cloche d'appel est à la portée d'atteinte de l'utilisateur
Initiales et heure	Inscrire vos initiales et inscrire l'heure où les observations de la section sécurité/prévention des infections furent notées
FONCTIONS MENTALES	
Alerte	Cocher si l'utilisateur est alerte (bien éveillé). Documenter dans les notes narratives, s'il y a altération de l'état de conscience se manifestant de la façon suivante: <ul style="list-style-type: none">• Coma : impossible de le réveiller (inconscient)• Stuporeux : difficile à éveiller• Léthargique : facile à éveiller mais somnolent• Hypervigilance : sursaute au moindre stimulus

FONCTIONS MENTALES	
Attention (Attentif)	<p>Cocher si l'utilisateur est attentif et concentré: Documenter dans les notes narratives, s'il y a trouble de l'attention se manifestant de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oublie rapidement ce qui vient de lui être dit • Perd le fil de ses idées facilement • Incapacité à suivre ou à diriger une conversation ou à accomplir une tâche simple
Calme	<p>Cocher si l'utilisateur est calme : Paisible, confortable et sans inquiétudes Documenter dans les notes narratives, s'il y a une altération au niveau des activités psychomotrices se manifestants de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitation psychomotrice : activité excessive due à un état de tension intérieur. Elle s'exprime tant verbalement que physiquement • Ralentissement psychomoteur : ralentissement généralisé visible des mouvements et du discours
Orienté dans les 3 sphères	<p>Cocher si l'utilisateur est orienté dans le temps, l'espace et la personne. Documenter dans les notes narratives, s'il y a des éléments de désorientation dans 1 des 3 sphères</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation dans le temps : Capacité que possède la personne de se situer dans le temps avec ou sans point de repère : le moment de la journée, l'heure, le jour, la date, le mois, la saison, l'année. • Orientation dans l'espace : Capacité que possède une personne de se retrouver dans l'espace avec ou sans indice : le numéro de la chambre, l'étage, le nom de l'hôpital, la ville, la province, le lieu où elle se trouve présentement • Orientation de la personne : La capacité à reconnaître les personnes de son entourage et elle-même : connaît son nom, reconnaît les personnes significatives, connaît le nom et la fonction de certaines personnes sur l'unité
Collabore au plan de traitement	<p>Cocher si l'utilisateur adhère au plan de traitement proposé et collabore aux soins Documenter dans les notes narratives, les raisons exprimées justifiant la non collaboration s'il y a lieu</p>
Initiales et heure	<p>Inscrire vos initiales et inscrire l'heure où les observations de la section fonction mentale furent notées</p>

FONCTIONS RESPIRATOIRES

<p>Eupnéique</p>	<p>Cocher si la respiration est entre (14-20/min), rythme régulier, sans effort au repos et silencieuse</p> <p>Documenter dans les notes narratives s'il y a présence de troubles respiratoires en spécifiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rythme respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rythme régulier ou irrégulier ○ Présence d'apnée (durée de la pause >15 sec) ○ Respiration de Cheyne-Stokes (alternance rythme et amplitude avec pause de 10-20 sec) • Amplitude respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Superficielle ou profonde ○ Hyperpnée (hyperventilation, augmentation amplitude) ○ Hypoventilation (diminution amplitude et fréquence) • Fréquence respiratoire: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tachypnée (FR >24/min) ○ Bradypnée (FR < 10) • Présence de tirage : <ul style="list-style-type: none"> ○ Intercostal ○ Sous-sternal et sus-sternal ○ Sterno-cléido-mastoïdien ○ Battements des ailes du nez • Présence de toux : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fréquence : occasionnelle, fréquente, quintes ○ Qualité : productive, non productive, sèche, ○ Moment : matinale, au coucher, après un effort • Présence d'expectorations : <ul style="list-style-type: none"> ○ Couleur: blanchâtre, jaunâtre, verdâtre, rouille, rosâtre, rougeâtre ou strié de sang, transparente, purulente ○ Consistances : spumeuse (écume), muqueuse (mucus), collante, visqueuse, épaisse, aqueuse ○ Odeur : aucune ou nauséabonde, fétide ○ Quantité : peu, moyen, abondant
<p>O₂</p>	<p>Inscrire sur la ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage (%) d'O₂ administré en litre par minute • Voie : lunette nasale, ventimasque, tente faciale, BPAP, CPAP <p>Documenter dans les notes narratives,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si on assure la perméabilité des voies respiratoires supérieures à l'aide d'une canule nasopharyngée ou oropharyngée (trompette nasale ou Guedel)
<p>Initiales et heure</p>	<p>Inscrire vos initiales et inscrire l'heure où les observations de la section fonction respiratoire furent notées</p>

ALIMENTATION

Diète/consistance	<p>Inscrire sur la ligne : si l'utilisateur est à jeun ou le type de son alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • À jeun pour : inscrire l'examen ou la chirurgie • Type : urgence, gastro 1, gastro 2, cardio, sans sel, diabétique ou autres selon l'ordonnance médicale • la consistance des aliments : normale, molle, hachée, purée <p>Documenter dans les notes narratives,</p> <ul style="list-style-type: none"> • le niveau d'assistance requis : aide partielle ou aide totale pour manger • le niveau d'encadrement requis : supervision, préparation du plateau, stimulation
Limite liquidienne	<p>Inscrire sur la ligne : la limite en ml/24h</p> <p>Inscrire sur le formulaire <i>Débit Liquidien</i>, la quantité totale de liquide ingérée pour chaque quart de travail.</p>
Quantité	<p>Inscrire sur la ligne la quantité pour chaque repas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0/4 - 1/4 - 2/4 - 3/4 - 4/4 du contenu du plateau <p>Documenter dans les notes narratives votre évaluation si la quantité d'aliments consommés est égale ou inférieure à 2/4 du contenu du plateau</p>
Initiales et heure	<p>Inscrire vos initiales et inscrire l'heure où les observations de la section alimentation furent notées</p>

ÉLIMINATION

Miction libre	<p>Cocher si l'utilisateur n'a pas d'incontinence ou de rétention urinaire</p> <p>Documenter dans les notes narratives s'il y a présence d'incontinence ou de rétention urinaire en spécifiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le type d'incontinence : <ul style="list-style-type: none"> ○ Incontinence urinaire à l'effort : si fuite urinaire lorsque l'utilisateur tousse, rit ou éternue ○ Incontinence urinaire réflexe : Si spasmes vésicaux, si diminution de la conscience du besoin ou de l'envie d'uriner ○ Incontinence urinaire fonctionnelle : l'utilisateur ressent le besoin d'uriner mais n'a pas le temps de se rendre aux toilettes • Si port d'une culotte d'incontinence et préciser le moment (J, S, N) • Rétention urinaire : Si distension de la vessie jusqu'au globe vésical, si urine de petites quantités, si la diurèse est diminuée
----------------------	--

ÉLIMINATION

<p>Selles</p>	<p>Inscrire sur la ligne : le nombre de selles Documenter dans les notes narratives s'il y a présence de diarrhées, de constipation, de selles nombreuses en spécifiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'aspect des selles (dure et sèche, pâteuse, semi-liquide, liquides, aqueuse, mousseuse, huileuse, glaireuse) • La couleur des selles (jaune, verdâtre, brune, sanguinolente, méléna, grise) • La quantité approximative
<p>Initiales et heure</p>	<p>Inscrire vos initiales et inscrire l'heure où les observations de la section élimination furent notées Inscrire sur le formulaire <i>Débit Liquidien</i>, la quantité d'urine ou de selles liquides selon le cas, pour chaque quart de travail.</p>

MOBILISATION

<p>Lever</p>	<p>Cocher si l'utilisateur se lève seul ou avec aide et préciser le type d'aide : pivot 1 personne ou 2 personnes, port-o-lift.</p>
<p>Circule</p>	<p>Cocher si l'utilisateur circule seul ou avec aide et préciser le type d'aide : déambulateur (marchette), canne, béquilles, etc.</p>
<p>Initiales et heure</p>	<p>Inscrire vos initiales et inscrire l'heure où les observations de la section mobilisation furent notées</p>

ACCÈS IV

<p>Installation Cathéter</p>	<p>Inscrire sur la ligne : le type et le calibre du cathéter installé : Jelco, embout raccord, PICC-line, Port-a-cath, jugulaire, sous-clavière, etc. Inscrire sur le FADM, le type de solution intraveineuse qui fut installée avec le cathéter ainsi que le débit de la solution, selon le cas.</p>
-------------------------------------	--

ACCÈS IV

<p>Localisation</p>	<p>Inscrire sur la ligne l'endroit anatomique où le cathéter fut installé : ABG, ABD, main D ou G, etc. Cocher site intact et bon retour veineux si ces deux aspects sont présents suite à l'installation.</p>
<p>Initiales et heure</p>	<p>Inscrire vos initiales et inscrire l'heure d'installation du cathéter</p> <p>Documenter dans les notes narratives si le cathéter est déjà installé au début de votre quart de travail en spécifiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le type et le calibre du cathéter en place • l'endroit anatomique où se situe le cathéter • l'aspect du site du cathéter • la présence ou l'absence d'un retour veineux <p>Inscrire sur le FADM, le type de solution intraveineuse en cours au début de votre quart de travail ainsi que le débit de la solution, selon le cas. Inscrire sur le formulaire Débit Liquidien, la quantité totale de solution perfusée pour chaque quart de travail.</p>

LABORATOIRES/ECG/ EXAMENS

<p>Heure</p>	<p>Inscrire l'heure à laquelle l'examen ou les laboratoires ou l'ECG ont été effectués</p>
<p>Laboratoires/ECG/ Examens</p>	<p>Inscrire le type d'examen ou l'ECG ou les analyses de laboratoires effectuées Documenter dans les notes narratives s'il y a un résultat d'examens ou de laboratoires anormal en spécifiant le nom du médecin qui a pris connaissance et/ou a été avisé des résultats de laboratoires.</p>

CONSULTATION

<p>Heure</p>	<p>Inscrire l'heure à laquelle la consultation a été demandée (RP)</p>
<p>Consultation</p>	<p>Inscrire RP et le nom de la spécialité de la consultation demandée</p>

Aide-mémoire pour la rédaction des notes narratives

Que devrait-on retrouver dans les notes narratives de l'infirmière?

Il ne faut pas oublier que les notes ont pour but de nous renseigner sur l'utilisateur. Les notes narratives devraient permettre au lecteur de décrire l'état de santé de l'utilisateur qui ne peut être décrit via les notes par exception (cochage). Si l'information figure déjà dans la section par cochage, il n'est pas nécessaire de répéter l'information dans les notes narratives, SAUF si un changement dans la condition de l'utilisateur.

Voici des indications du type de renseignements que nous devrions retrouver dans les notes narratives de l'infirmière:

- description de l'évaluation de la condition physique et mentale de l'utilisateur au début du quart de travail :
 - description du rythme cardiaque pour l'utilisateur avec moniteur ou télémétrie
 - état respiratoire de l'utilisateur MPOC ou asthmatique
 - état respiratoire de l'utilisateur avec motif de consultation est en lien avec la fonction respiratoire (pneumonie, épanchement pleural, embolie pulmonaire, allergies, etc.)
 - description de l'état de l'abdomen pour un usager qui est présent à l'urgence pour douleur abdominale, rectorragie, gastro-entérite, etc.
 - description des attitudes et comportements de l'utilisateur avec un motif de consultation de santé mentale
 - intégrité de la peau d'un usager alité
 - description de tout type de drain, cathéter, pansement etc. en place au début du quart de travail
 - etc.

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
00h14	<i>A mon arrivée, usager endormi, couché sur le dos sur civière B10. Tête de lit à 30°, ridelle x 1 montée, bien coloré, eupnéique. Au moniteur : rythme sinusal 89/min régulier avec PR 0,20 et QRS 0,08. Jelco #20</i>	
	<i>ABD en place, site intact, bon retour veineux. Pansement sur plaie ABG en place, propre. TNG narine gauche, en drainage libre. Draine liquide verdâtre. Sonde urinaire en drainage libre, draine urine jaune</i>	
	<i>claire. -----CM</i>	

Pour vous aider à ne rien oublier dans votre description de l'utilisateur dans la rédaction de notes narratives, vous pouvez utiliser la structure suivante : *Tête au pied !*

En utilisant cette structure nous devrions retrouver une description de toutes les fonctions physiologiques de l'utilisateur en débutant de sa tête jusqu'à ces pieds ; ex : description de la fonction mentale, de la fonction respiratoire, de la fonction cardiaque, de la fonction digestive, alimentation et élimination, téguments, membres inférieurs, etc.

Que devrait-on retrouver dans les notes narratives de l'infirmière?

- description d'une évaluation en cours du quart de travail :
 - description complète de la douleur (PQRST) d'un usager se plaignant de douleur
 - signes et symptômes à la suite d'une modification des signes vitaux
 - description des vomissements
 - description d'une rectorragie
 - attitudes et comportements de l'utilisateur au cours du quart de travail
 - description de l'état physique et mental de l'utilisateur suite à une chute de sa civière
 - etc.

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
17h07	<i>Faciès crispé. Accuse douleur crampiforme flanc gauche à 7/10 irradiant à la région péri ombilicale.</i>	
	<i>Douleur augmente à la palpation, abdomen souple. Dit ne pas avoir été à la selle depuis 3 jours</i>	
	<i>Péristaltisme audible à l'auscultation dans tous les quadrants abdominaux. Pas de nausée ou de vomissements. Analgésie proposée, usager accepte. SV VFS-----AG</i>	

- description d'une intervention/interaction faite par l'infirmière et les résultats pour l'utilisateur
 - pour l'infirmière, suite à son évaluation de la condition de l'utilisateur, elle pourrait être portée à faire des interventions (ex : administration d'un PRN, application d'un barrière protectrice sur plaie de pression stade 1, etc.). Si c'est le cas, elle doit documenter de façon précise ces interventions, ainsi que les résultats obtenus.
 - Description de l'évaluation ayant amenée à l'intervention/interaction
 - l'heure de l'intervention
 - le type d'intervention (description détaillée)
 - le résultat obtenu et les réactions observées chez l'utilisateur

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
16h10	<i>Douleur flanc droit irradiant à l'aîne, de type coup de poignard à 8/10 au repos accompagnée de nausées</i>	
	<i>Analgésie proposée, usager accepte. SV VFS-----CM</i>	
16h15	<i>Morphine 5mg SC donnée deltoïde droit -----CM</i>	
16h30	<i>Usager se dit soulagé, douleur diminuée à 4/10. SV VFS -----CM</i>	

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
04h22	<i>Usager accuse nausée. Vomissement en jet. Quantité évaluée à environ 100ml, jaune bilieux. -----CM</i>	
04h30	<i>Gravol 100mg IR administré. -----CM</i>	
05h00	<i>Usager dit être soulagé, pas de nausée ou vomissements, mais refuse de boire de l'eau. -----CM</i>	

Que devrait-on retrouver dans les notes narratives de l'infirmière?

- admission de l'usager :
 - lors d'une admission, l'infirmière doit faire une note narrative qui respecte les critères suivants :
 - l'heure de l'arrivée
 - le mode d'arrivée (sur pied, chaise roulante, etc.)
 - description de l'évaluation de la condition physique et mentale de l'usager à son arrivée :
 - description du rythme cardiaque pour l'usager avec moniteur ou télémétrie
 - état respiratoire de l'usager MPOC ou asthmatique
 - état respiratoire de l'usager avec motif de consultation est en lien avec la fonction respiratoire (pneumonie, épanchement pleural, embolie pulmonaire, allergies, etc.)
 - description de l'état de l'abdomen pour un usager qui est présent à l'urgence pour douleur abdominale, rectorragie, gastro-entérite, etc.
 - description des attitudes et comportements de l'usager avec un motif de consultation de santé mentale
 - intégrité de la peau d'un usager alité
 - description de tout type de drain, cathéter, pansement etc. à son arrivée
 - etc.
 - les réactions de l'usager selon le cas

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
11h08	Usager arrive en fauteuil roulant accompagné de sa conjointe. Installé civière A-3. Alerte, calme, orienté	
	3 sphères, ridelle montée x1. O ₂ à 2L/min via LN. Saturation à 95%, FR 20/min. SV VFS. Tête de lit à 90°.	
	Bonne amplitude respiratoire, bien coloré. Isolement gouttelettes débuté. Usager NPO pour scan thorax	
	à venir. Jelco #18 ABD en place, site intact, bon retour veineux. -----AG	

Que devrait-on retrouver dans les notes narratives de l'infirmière?

- techniques de soins
 - les techniques exécutées par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire auprès de l'utilisateur doivent être inscrites au dossier en respectant les critères suivants :
 - l'heure de l'exécution
 - la technique effectuée
 - le matériel utilisé (selon le cas)
 - le résultat obtenu
 - les réactions observées chez l'utilisateur

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
06h05	Sonde Foley #16 installée avec un seul essai. Retour d'urine brunâtre avec dépôts blancs. Spécimen recueilli pour analyse et culture. Usager tendu lors de l'installation, mais bonne collaboration et bien toléré. -----	CM

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
01h30	TNG Levin # 14 installé dans la narine droite. 250mL de liquide verdâtre retiré. Tube en drainage libre. Usager nauséux lors de l'installation, mais bien toléré pour le moment. -----	CM

- description d'un enseignement donné :
 - pour l'infirmière, l'enseignement est une activité importante dans son travail quotidien. Voici les détails de ce qu'on doit retrouver au dossier en ce qui concerne l'enseignement:
 - l'heure de l'enseignement
 - le contenu de l'enseignement (informations)
 - la compréhension de l'utilisateur en lien avec les informations transmises

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
10h45	Informations transmises concernant les moyens de prévenir les DRS. Usager peut me répéter quoi faire pour éviter les DRS mais avoue que c'est difficile pour lui de changer ses habitudes de vie. -----	CM

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
11h35	Consignes données pour entorse de cheville : pas de mise en charge, retrait et application du bandage application de glace, RV en relance pour suivi. Usagère peut répéter les explications données. -----	CM

Que devrait-on retrouver dans les notes narratives de l'infirmière?

- communication avec le médecin ou autre professionnels :
 - il se peut que l'infirmière ait besoin de se référer au médecin ou à un autre professionnel suite à son évaluation, parce que la condition de l'usager l'exige. Voici les détails de ce qu'on doit retrouver au dossier à ce sujet:
 - raison de la référence au médecin ou professionnel
 - heure de l'appel ou de la discussion
 - nom du médecin ou professionnel averti
 - la réponse ou la visite s'il y a lieu
 - description des interventions demandées et résultats obtenus

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
18h45	Usagère tachypnéique, FR à 32/min irrégulier, amplitude superficielle, tirage intercostal, pas de toux, pas d'expectorations. Saturation 87% avec O ₂ à 2L/min via LN. Tête de lit augmentée à 30° et O ₂ augmentée à 3L/min. TA : 180/100, FC 90 -----	CM
18h48	Dr Beaucage avisé. Avise qu'il viendra voir la patiente sous peu. -----	CM
18h50	Visite au chevet du Dr Beaucage. O ₂ augmentée à 5L/min suite à OV Dr Beaucage. Transfert de la pte à la salle 5. -----	CM

- congé de l'usager :
 - lors d'une admission, l'infirmière doit faire une note narrative qui respecte les critères suivants :
 - l'heure de départ
 - le mode de départ
 - l'endroit où il se rend et la raison (domicile, résidence, unité de soins, etc.)
 - l'enseignement donné s'il y a lieu et la compréhension des consignes de départ
 - les réactions de l'usager selon le cas

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
14h12	Visite du Dr Beaucage. Congé autorisé. Cathéter IV ABD retiré. Intact au retrait. Carte d'hôpital et RAMQ remises à la patiente. Avisée du RV en clinique de relance prévu pour le 06 juin 2014 à 9h00 ---	AG
14h25	Patiente est en mesure de répéter la date de son RV en relance. Quitte sur pied pour son domicile avec son conjoint. -----	AG

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
11h08	Usager arrive en fauteuil roulant accompagné de sa conjointe. Installé civière A-3. Alerte, calme, orienté 3 sphères, ridelle montée x1. O ₂ à 2L/min via LN. Saturation à 95%, FR 20/min. SV VFS. Tête de lit à 90°. Bonne amplitude respiratoire, bien coloré. Isolement gouttelettes débuté. Usager NPO pour scan thorax à venir. Jelco #18 ABD en place, site intact, bon retour veineux. -----	AG

Que devrait-on retrouver dans les notes narratives de l'infirmière auxiliaire?

Il ne faut pas oublier que les notes ont pour but de nous renseigner sur l'utilisateur.

Voici des indications du type de renseignements que nous devrions retrouver dans les notes narratives de l'infirmière auxiliaire :

- techniques de soins
 - les techniques exécutées par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire auprès de l'utilisateur doivent être inscrites au dossier en respectant les critères suivants :
 - l'heure de l'exécution
 - la technique effectuée
 - le matériel utilisé (selon le cas)
 - le résultat obtenu
 - les réactions observées chez l'utilisateur

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
06h05	<i>Sonde Foley #16 installée avec un seul essai. Retour d'urine brunâtre avec dépôts blancs. Spécimen recueilli pour analyse et culture. Usager tendu lors de l'installation, mais bonne collaboration et bien toléré.</i>	-----CM

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
01h30	<i>TNG Levin # 14 installé dans la narine droite. 250mL de liquide verdâtre retiré. Tube en drainage libre. Usager nauséux lors de l'installation, mais bien toléré pour le moment.</i>	-----CM

- description d'une intervention/interaction et les résultats pour l'utilisateur
 - pour l'infirmière auxiliaire, elle doit documenter de façon précise ces interventions, ainsi que les résultats obtenus.
 - Description des observations faites qui ont amenées à l'intervention/interaction
 - l'heure de l'intervention/interaction
 - le type d'intervention (description détaillée)
 - le résultat obtenu et les réactions observées chez l'utilisateur

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
16h10	<i>Douleur flanc droit irradiant à l'aîne à 8/10. SV VFS. Infirmière Annie Pinsonnault avisée.</i>	-----CM
16h15	<i>Morphine 5mg SC donnée deltoïde droit selon consignes infirmière</i>	-----CM
16h30	<i>Usager se dit soulagé, douleur diminuée à 4/10. SV VFS</i>	-----CM

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
04h22	<i>Usager accuse nausée. Vomissement en jet jaune bilieux.</i>	-----CM
04h30	<i>Gravol 100mg IR administré</i>	-----CM
05h00	<i>Usager dit être soulagé, pas de nausée ou vomissements, mais refuse de boire de l'eau.</i>	-----CM

Que devrait-on retrouver dans les notes narratives de l'infirmière auxiliaire?

- communication avec l'infirmière :
 - il se peut que l'infirmière auxiliaire ait besoin de se référer à l'infirmière parce que la condition de l'utilisateur l'exige. Voici les détails de ce qu'on doit retrouver au dossier à ce sujet:
 - raison de la référence à l'infirmière
 - heure de la discussion
 - nom de l'infirmière avertie
 - la réponse ou la visite s'il y a lieu
 - description des interventions demandées et résultats obtenus (selon le cas)

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
08h10	<i>Usager allongé sur la civière A-2. Accuse DRS à 8/10. SV VFS. Infirmière Annie Pinsonnault avisée. CM</i>	

- admission de l'utilisateur :
 - lors d'une admission, l'infirmière auxiliaire doit faire une note narrative qui respecte les critères suivants :
 - l'heure de l'arrivée
 - le mode d'arrivée (sur pied, chaise roulante, etc.)
 - description de l'état général de l'utilisateur à son arrivée
 - les réactions de l'utilisateur selon le cas

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
11h08	<i>Usager arrive en fauteuil roulant accompagné de sa conjointe. Installé civière A-3. ridelle montée x1</i>	
	<i>O₂ à 2L/min via LN. SV VFS. Tête de lit à 90°. bien coloré. Isolement gouttelettes débuté. Usager NPO</i>	
	<i>pour scan thorax à venir. Jelco #18 ABD en place, site intact, bon retour veineux. Infirmière Annie</i>	
	<i>Pinsonnault avisée de l'arrivée de l'utilisateur. -----CM</i>	

Que devrait-on retrouver dans les notes narratives de l'infirmière auxiliaire?

- congé de l'utilisateur :
 - lors d'une admission, l'infirmière doit faire une note narrative qui respecte les critères suivants :
 - l'heure de départ
 - le mode de départ
 - l'endroit où il se rend et la raison (domicile, résidence, unité de soins, etc.)
 - l'enseignement donné s'il y a lieu et la compréhension des consignes de départ
 - les réactions de l'utilisateur selon le cas

Heure	NOTES NARRATIVES	MIR : Manifestations/interventions/réactions
14h12	Visite du Dr Beaucage. Congé autorisé. Cathéter IV ABD retiré. Intact au retrait. Carte d'hôpital et	
	RAMQ remises à la patiente. Avisée du RV en clinique de relance prévu pour le 06 juin 2014 à 9h00 ---AG	
14h25	Patiente est en mesure de répéter la date de son RV en relance. Quitte sur pied pour son domicile avec son	
	conjoint. -----AG	