

Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement  
professoral continu (CII-DPC)

**Titre du document :**

Outil examen clinique infirmier précédant une  
demande ponctuelle d'un avis médical pour  
situation complexe

**Auteur :**

CSSS Antoine Labelle

**« EXAMEN CLINIQUE INFIRMIER PRÉCÉDANT  
UNE DEMANDE PONCTUELLE D'UN AVIS  
MÉDICAL POUR SITUATION COMPLEXE »**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Malaise dominant : \_\_\_\_\_

ANAMNÈSE AIGUË	
P	Provoqué : Pallié :
Q	Qualité : Quantité – impact fonctionnel :
R	Région : Irradiation :
S	Signes et symptômes :
T	Depuis quand : Intermittent : Moment : Fréquence :

PARAMÈTRES DE BASE
Évolution clinique de malaise dominant :
<input checked="" type="checkbox"/> 48 dernières heures : <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Améliorée <input type="checkbox"/> Détériorée <input type="checkbox"/> N/A
Dernière semaine : <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Améliorée <input type="checkbox"/> Détériorée <input type="checkbox"/> N/A
Évolution clinique de l'état général au courant de la dernière semaine
<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Améliorée <input type="checkbox"/> Détériorée <input type="checkbox"/> N/A
Difficulté respiratoire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Perte d'autonomie (<1 sem.) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Douleur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Intensité : ___/10 Localisation : _____
Changement du comportement : (<1 sem.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui précisez : _____
Changement de l'état mental :    (<1 sem.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui précisez : _____

EXAMEN PHYSIQUE
INSPECTION
Évaluation de l'état mental :
Capacité d'attention : <input type="checkbox"/> Attentive <input type="checkbox"/> Inattentive
État de conscience : <input type="checkbox"/> Hyper alerte ou <input type="checkbox"/> Alerte ou léthargique (verbal)
<input type="checkbox"/> Stupeur (physique) <input type="checkbox"/> Coma
Coloration de la peau : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Cyanosée <input type="checkbox"/> Blanchâtre <input type="checkbox"/> Grisâtre
Retour capillaire : (pression de 5 sec. d'un extrémité entre deux doigts et retour normal en 3 sec.) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminué
Saturation : Air ambiant : ___% ou avec O <sub>2</sub> à ___l/min = ___%
Respiration : Fréquence : ___/ min. Rythme : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier
Amplitude : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle
Tirage : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui            Type : <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Abdominale

« Examen clinique infirmier précédant une demande ponctuelle d'un avis médical pour situation complexe »

Signes vitaux

T.A. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pouls : \_\_\_\_ / min.

T° : \_\_\_\_ °C

<b>PALPATION ET AUSCULTATION</b>	
<p>Signe de déshydratation :</p> <p>Langue humide : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    Filet de salive sous la langue : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Turgor cutanée sternal ou frontal : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal</p> <p>Abdomen : Douleur à la palpation profonde : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QSD  <input type="checkbox"/> QIG <input type="checkbox"/> QSG</p> <p>Pulmonaire : (Auscultez minimalement les bases pulmonaires en face postérieure)</p> <p>Présence de bruit anormal : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si possible le nommer :    <input type="checkbox"/> Sibilant <input type="checkbox"/> Crépitant</p> <p>Si possible le localiser :    <input type="checkbox"/> Bronche droit <input type="checkbox"/> Bronche gauche</p> <p style="padding-left: 100px;">Face antérieure <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> LSG <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> LIG <input type="checkbox"/> LID</p> <p style="padding-left: 100px;">Face postérieure <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> LSG <input type="checkbox"/> LIG <input type="checkbox"/> LID <input type="checkbox"/></p>	
<b>Interventions infirmières</b>	<p>Quelles ont été vos interventions jusqu'à maintenant et leur efficacité ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Médicament PRN donné : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : _____</p> <p>Ordonnance collective : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : _____</p>
<b>Informations complémentaires</b>	<p>Niveau de soins : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Avez-vous la liste des problèmes de santé sous la main ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Avez-vous la liste des médicaments sous la main ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>A-t-il été vu par un médecin dans les 72 dernières heures ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Y a-t-il eu des changements de médicament dans la dernière semaine ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Précisez : _____</p> <p>A-t-il des allergies : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____</p>
<b>Données optionnelles</b>	<p>Résultats de laboratoire récents et pertinents : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, les avoir sous la main)</p> <p>Trouble du comportement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____</p> <p>Danger immédiat : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Signe de détresse : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Glycémie : _____ Score du glasgow : _____</p> <p>Signes neurologiques : _____</p>
<b>Autres observations</b>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Décision infirmière :  Avis médical exigé  Attente à la prochaine visite médicale  
 Augmentation de la surveillance clinique (directive au PTI)



Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_