

## CLINIQUE RELAIS– TAOi :

### Évaluation infirmière MAINTIEN

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

Allergies : \_\_\_\_\_

Jour : \_\_\_\_\_

Session (s) manquée (s) consécutives : Non :  Oui :  Précisez : Nb de doses : \_\_\_\_\_ Nb de jours : \_\_\_\_\_

*Si le patient a manqué < 2 jours ou < 6 doses consécutives : continuer dose idem*

*Si le patient manque ≥ 2 jours ou ≥ 6 doses consécutives (ce qui se produit en premier, mais moins que 3 jours ou 9 doses), voir OPI SM02457*

*Si dose réduite par patient ≥ 3 jours ou patient a manqué que ≥ 3 jours ou ≥ 9 doses : **aviser le médecin pour prescription***

Date et heure de la dernière dose prise TAO : \_\_\_\_\_

#### Identification Usager

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Dossier # : \_\_\_\_\_

1-Session AM	2-Session PM
Dose # 1 auto-administrée : _____ mg Voie : IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Site : _____	Dose #1 auto-administrée : _____ mg Voie : IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Site : _____
Dose # 2 auto-administrée : _____ mg Voie : IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Site : _____	Dose # 2 auto-administrée : _____ mg Voie : IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Site : _____
Dose réduite selon OPI : Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Dose réduite selon OPI : Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

#### Évaluation pré-injection :

	Session AM		Session PM	
	Dose1	Dose2	Dose1	Dose2
<b>Heure :</b>				
• Dyskinésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anxiété, agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Élocution difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Odeur d'alcool. Si oui, voir si alcootest prescrit. Résultat : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consommation objectivable d'un stimulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Signes objectivables de sevrage, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respire normalement. Si non, fréquence respiratoire ; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Degré de sédation selon échelle de Ramsay :</b>				
1. Éveillé; agité, anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Éveillé; coopérant, orienté et calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Éveillé; répond toutefois seulement aux commandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endormi; réponse vive à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Endormi; réponse faible à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Endormi; aucune réponse aux stimulations ci-haut mentionnées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si stade 4 : suspendre la prochaine dose**

**Si stade 5-6 : contacter le médecin STAT et suspendre la prochaine dose.**

**(et appliquer les ordonnances collectives appropriées stade 5-6)**

#### Notes complémentaires :


**Évaluation 15 minutes post-injection :**

		Session AM		Session PM	
		Dose1	Dose2	Dose1	Dose2
<b>Heure :</b>					
• Dyskinésie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anxiété, agitation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Élocution difficile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consommation objectivable d'un stimulant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Signes objectivables de sevrage, précisez : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respire normalement. Si non, fréquence respiratoire ; _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Degré de sédation selon échelle de Ramsay :</b>					
1. Éveillé; agité, anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Éveillé; coopérant, orienté et calme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Éveillé; répond toutefois seulement aux commandes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endormi; réponse vive à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense		<b>Si stade 5-6 : appliquer les ordonnances collectives appropriées et contacter le médecin STAT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Endormi; réponse faible à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Endormi; aucune réponse aux stimulations ci-haut mentionnées.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Convulsions</b>	<b>Si Midazolam administré en STAT tel que prescrit : Contacter le médecin STAT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Réaction locale cutanée</b>	<b>Si prise de DiphenhydrAMINE :</b> ▪ PO : Aviser le médecin si > 10 doses en 7 jours sont utilisées ▪ IV/IM : si réaction sévère et aviser médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nausée</b>	<b>Si prise de DimenhydrINATE :</b> Aviser le médecin si > 10 doses en 7 jours sont utilisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes complémentaires :

<b>Nom de l'infirmière</b> (en lettres moulées) : _____
<b>Signature de l'infirmière</b> : _____ <b>Date et heure</b> : _____