

**EXAMEN CLINIQUE D'UN RÉSIDENT INSTABLE (sans urgence vitale)**  
(En complément aux notes au dossier)

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

**ANAMNÈSE DE DÉPART**

\*Consulter le NIM au dossier

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

Provoquer / Pallier ----- Signes / Symptômes -----  
Qualité / Quantité ----- Temps / Intermittence -----  
Région / Irradiation ----- Understanding (compréhension) -----

**Signes vitaux + Glycémie :**

- Puls : \_\_\_\_/min Régulier  Irrégulier
- FR : \_\_\_\_/min Rythme : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_ Amplitude : \_\_\_\_\_
- P.A. : \_\_\_\_/ \_\_\_\_ mm Hg
- T° : \_\_\_\_ °C Rect.  Bucc.  (Fièvre gériatrique, hypothermie)
- SAT : \_\_\_\_ % AA  ou Avec O2 à \_\_\_\_ L/min : \_\_\_\_ %
- Glycémie : \_\_\_\_ mmol/L Insuline (Type, heure) \_\_\_\_\_
- Douleur : \_\_\_\_ /10  PAINAD : \_\_\_\_

Dx d'admission : \_\_\_\_\_ ATCD (pertinents) : \_\_\_\_\_

Changement de médicament récent et significatif Non  Oui  Précisez \_\_\_\_\_

Résultats de laboratoires récents et significatifs : Non  Oui  Réviser résultats antérieurs \_\_\_\_\_

Allergies : Non  Oui  Préciser \_\_\_\_\_ Clairance de la créatinine : \_\_\_\_\_

Quels sont les signes AINÉÉÉSS altérés (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE (en lien avec le malaise dominant)**

**Examen pulmonaire**

Inspection : Tirage  Oui  Non  
Auscultation : Bruits normaux  Ronchis   
Crépitants  Sibilances   
Face antérieure : LSD  LSG  LM  LID  LIG   
Face postérieure : LSD  LSG  LID  LIG   
Toux : Non  Oui  Sèche  Grasse   
Expectoration : Non  Oui  Caractéristiques \_\_\_\_\_  
Autres tests \_\_\_\_\_

**Examen cardiaque**

Auscultation :  Bruits normaux  Bruits anormaux  
ECG : Normale  Anormal   
Autres tests \_\_\_\_\_

**Examen vasculaire**

Retour capillaire (pression de 4-5 s sur une extrémité entre deux doigts ; retour normal en 3 sec. Normal  Diminué   
Œdème à godet : presser 5sec + compter le temps de retour.  
 Léger : 1sec et -  Modéré : 2sec  Sévère : 3sec et +

Autres tests \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE (en lien avec le malaise dominant)**

**Examen neurologique**

Capacité d'attention : Attentif  Non attentif

État de conscience : Alerte  Hyper alerte   
Léthargique (verbal)   
Stuporeux (physique)   
Comateux

Pupilles réactives : Non  Oui   
Diamètre : Gauche : \_\_\_\_\_ Droite : \_\_\_\_\_

Réaction pupillaire Direct Symétrique : Non  Oui   
Consensuelle Symétrique : Non  Oui

Sensibilité : Sensible  Symétrique

Force musculaire symétrique : Non  Oui

Échelle de Glasgow \_\_\_\_/15

Autres tests \_\_\_\_\_

**Examen abdominal**

Inspection : Normal  Anormal  \_\_\_\_\_

Palpation : Normal  Anormal  \_\_\_\_\_

Douleur : Non  Oui  (précisez le quadrant)  
QID  QIG  QSG  QSD

Auscultation : Bruits normaux  Bruits hyperactifs   
Bruits hypoactifs

Autres tests \_\_\_\_\_

**Examen de la peau**

Coloration de la peau : Normale  Cyanosée   
Grisâtre  Pâleur

Signes de déshydratation : Non  Oui  Préciser : \_\_\_\_\_

Autres tests \_\_\_\_\_

**Autres :**  
Alignement corporel conservé : Non  Oui   
Rétention urinaire : Non  Oui  Bladder Scan: \_\_\_\_\_  
Sommeil perturbé : Non  Oui

**SUSPECTER FIN DE VIE : (se référer à l'aide-mémoire « Dépistage de la fin de vie et évaluation de l'infirmière », sur intranet)**

Fin de vie suspectée : oui  non

Si oui, principaux signes : \_\_\_\_\_

**CONSTAT ET INTERVENTIONS INFIRMIÈRES (PTI)**

Constat d'évaluation : \_\_\_\_\_

Décrivez les interventions effectuées jusqu'à maintenant et leur efficacité avant l'appel au médecin

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicament PRN donné : Non  Oui  Lequel : \_\_\_\_\_

Ordonnance collective : Non  Oui  Laquelle : \_\_\_\_\_

**DÉCISION DE L'INFIRMIÈRE**

Avis médical requis  Attente de la prochaine visite médicale  Intensification de la surveillance clinique  Famille avisée

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature :

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