

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

DÉCLARATION ET SUIVI QUOTIDIEN D'UNE INFECTION GASTRO-INTESTINALE

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

Unité : _____ Date d'apparition des signes et symptômes : _____
aaaa/mm/jj

Précautions additionnelles (PA) Gouttelettes-contact Contact renforcées

Début PA : _____ Initiales : _____ Fin PA : _____ Initiales : _____
aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj

Ordonnance collective : CIUSSSCN-OC-2019-02 r01 : Dépister le Clostridioïdes difficile et évaluer la gravité de l'infection

Date du dépistage : _____ Initiales : _____ Résultat du dépistage : _____ Initiales : _____
aaaa/mm/jj

Examen diagnostique : _____ Date : _____ Initiales : _____ Résultat : _____ Initiales : _____
aaaa/mm/jj

Signes et symptômes	Date (aaaa/mm/jj)											
	Nuit	Jour	Soir	Nuit	Jour	Soir	Nuit	Jour	Soir	Nuit	Jour	Soir
Si usager ne présente aucun de ces symptômes, cocher et apposer vos initiales au bas du formulaire												
La section suivante : Si absence d'un des symptômes, laisser la case vide :												
Selle (s) selon l'échelle de Bristol*	Si présent, préciser le nombre: Boules dure/grumeaux (type 1 et 2)*											
	Si présent, préciser le nombre: Moulée, craquelée ou lisse et pâteuse (type 3, 4 ou 5)*											
	Si présent, préciser le nombre: Semi-liquide (type 6)*											
	Si présent, préciser le nombre: Liquide (type 7)*											
	Si présente, cocher: Odeur de crottin de cheval (paracrésol)											
Douleurs ou crampes abdominales	Si présent, cocher											
Vomissement (s)	Si présent, préciser le nombre											
Nausées	Si présent, cocher											
État général	Si changement, préciser : Diminué (D) ou Amélioré (A)											
État cognitif	Si changement, préciser : Diminué (D) ou Amélioré (A)											
Hyperthermie	Si présent, cocher											
Céphalées	Si présent, cocher											
Autre symptôme	Préciser et cocher											
Autre symptôme	Préciser et cocher											
Autre symptôme	Préciser et cocher											
Note au dossier, cocher												
Complété par (initiales)												
Suivi de l'infirmière (initiales)												

CN00603 (2024-03-26)

