Fiche de surveillance du patient - CTC

ADMISSION

Date : _____/_____/_____ Heure : _____ Numéro d'admission : _____ Sexe : ❑ M ❑ F Age : _____

Nom-Prénom : _____ Adresse ou lieu de résidence : _____

Poids : _____ Observations essentielles : ❑ grossesse ❑ comorbidité : _____

EXAMEN CLINIQUE INITIAL

Conscience	❑ Normal/éveillé	❑ Agité/irritable	❑ Léthargique/inconscient
Pouls radial	❑ Facilement palpable	❑ Palpable, éventuellement rapide	❑ Difficile à palper ou absent
Yeux	❑ Normaux	❑ Creux	❑ Creux
Pli cutané	❑ S'efface rapidement	❑ S'efface lentement (< 2 sec.)	❑ S'efface très lentement (> 2 sec.)
Soif	❑ Boit normalement	❑ Assoiffée, boit avec avidité	❑ Incapacité ou difficulté à boire
Déshydratation	❑ **Pas de déshydratation**	❑ **Déshydratation modérée**	❑ **Déshydratation sévère**
Plan de traitement	❑ **A**	❑ **B**	❑ **C**

Prescriptions

Antibiotique ❑ Oui (nom, dosage) _____
_____
❑ Non

Sulfate de zinc ❑ Oui ❑ Non

Autres : _____
_____
_____
_____

Date	Heure	RL	SRO	Observations/traitements administrés	Selles	Vomissements
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O

Date	Heure	RL	SRO	Observations/traitements administrés	Selles	Vomissements
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
					O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O

SORTIE

Date : _____/_____/_____

❑ Guérison ❑ Décès (heure du décès : _____) ❑ Transfert (indiquer la structure : _____) ❑ SAM

En cas de décès, indiquer la cause probable : _____