

LISTE DE PREPARATION POUR LES VISITES QUOTIDIENNES

Date: _____

Nom du Patient: _____

CE QUE J'AI OBSERVE DEPUIS LA DERNIERE MISE A JOUR

Etat d'alerte, respiration, douleur, humeur, couleur de peau, quelque chose de different:

CHIFFRES CLES (indiquer le changement)

Dose de vasopresseurs

☐

Hausse

☐

Baisse

☐

Stable

Oxygene / Support ventilatoire

☐

Hausse

☐

Baisse

☐

Stable

Debit urinaire

☐

Hausse

☐

Baisse

☐

Stable

Autre:

☐

Hausse

☐

Baisse

☐

Stable

MA QUESTION LA PLUS IMPORTANTE POUR LE MEDECIN

QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES

PREOCCUPATIONS NON RESOLUES D'HIER

CE QUE J'AI ENTENDU LORS DE LA VISITE

PROCHAINES ETAPES☐

☐

☐
