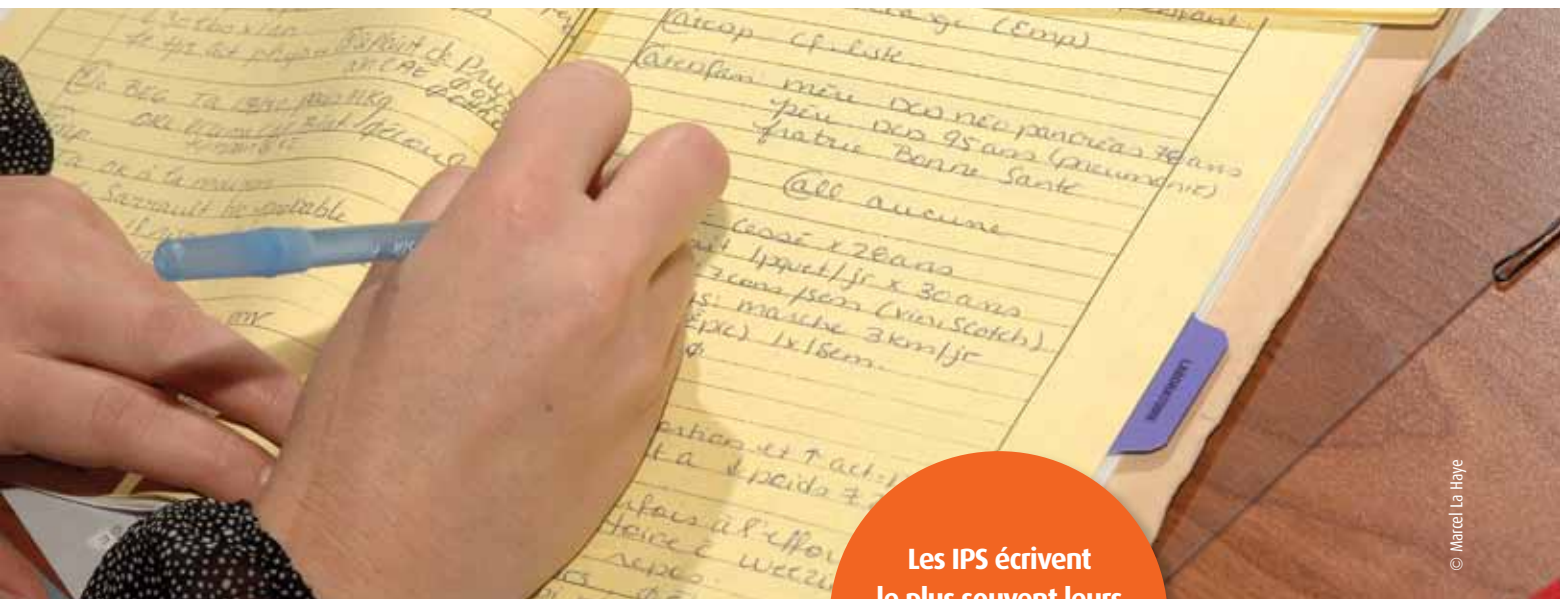


SAVOIR CONSIGNER SES NOTES D'OBSERVATION AU DOSSIER

De l'urgence au CLSC, reconnaissez-vous les abréviations et les symboles utilisés pour décrire l'évolution de l'état de santé de M. Landry ?

PAR CLAIRE CHAPADOS, INF., PH.D. ET LUCIE GIGUÈRE KOLMENT, INF., M.SC.



Les IPS écrivent le plus souvent leurs notes sur la feuille d'évolution médicale

La rédaction des notes au dossier, ou des notes d'évolution, est une activité essentielle à la pratique quotidienne de l'infirmière. L'utilisation de divers formulaires, d'abréviations et de symboles a ses avantages, mais comporte aussi des risques d'erreurs qui peuvent s'avérer fatales pour la clientèle. Une utilisation judicieuse de ces outils contribue à la qualité et à la sécurité des soins.

L'infirmière utilise divers formulaires qui visent à recueillir le plus d'information possible pour bien comprendre l'état de santé d'un client. Ces formulaires ne sont pas standardisés. Dans certains établissements, plusieurs unités (salle d'opération, salle d'urgence, unité de soins) ont même leur formulaire « maison » pour rassembler des informations spécifiques (douleur, signes vitaux). Quant aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS), leurs notes sont le plus souvent écrites sur la feuille d'évolution médicale.

En plus des formulaires diversifiés, il y a les nombreuses abréviations et symboles employés par les professionnels pour

accélérer la rédaction de leurs notes, souvent même des abréviations d'origine anglaise lorsqu'il s'agit de tests de laboratoire, PT-PTT, SMA-7. En comparant les abréviations et symboles de plusieurs ouvrages de référence (Bates, 2010; CHUM, 2010; Fortin, 2010; Giddens et Langford, 2005; Jarvis, 2009;

Lewis *et al.*, 2010; OIIQ, 2006; Potter et Perry, 2010), on constate aussi un manque d'uniformité dans l'utilisation de la ponctuation et des signes, par exemple des points ou une barre oblique, IM, I.M. et I/M pour injection intra-musculaire ou PRN et P.R.N. pour au besoin. Ces distinctions ne risquent pas d'entraîner de confusion,

LA RÉDACTION DES NOTES AU DOSSIER, OU NOTES D'ÉVOLUTION, PERMET :

- > d'inscrire les données saillantes de l'évaluation de l'état de santé physique et mentale du client ;
- > de noter les paramètres significatifs tirés du monitoring de même que leur interprétation ;
- > de consigner les résultats des soins et des traitements, y compris ceux mesurés à l'aide d'instruments d'évaluation ;
- > de décrire les événements liés à la situation de santé du client ;
- > d'expliquer les décisions thérapeutiques de l'infirmière ;
- > de décrire les interventions effectuées et les ajustements apportés, le cas échéant ;
- > de rapporter les réactions du client et les résultats obtenus à la suite des soins et des traitements ;
- > de faciliter la communication interdisciplinaire.

(OIIQ, 2005)

contrairement à d'autres cas où elles peuvent modifier la signification même de l'abréviation et conduire à des incidents majeurs, par exemple en référence à l'administration de médicaments.

Comme l'a dit Yvon Brassard (2006), «il ne faut pas écrire n'importe quoi, n'importe comment». Pour guider le rédacteur, le Gouvernement du Canada (2011) a publié un document présentant trois grandes catégories d'abréviation: les abréviations proprement dites, les sigles et acronymes et les symboles. Bien que la liste de celles propres au domaine de la santé soit incomplète, ce guide constitue un bon outil. Dans l'une de ses publications, le Collège des médecins du Québec (CMQ, 2011) a annexé une liste d'abréviations et de symboles dangereux (www.ismp-canada.org/abreviations-dangereuses.htm) qui ne doivent pas être utilisés dans une ordonnance. Un autre document du CMQ déconseille l'utilisation d'abréviations et de symboles sur la feuille sommaire d'un dossier médical afin de prévenir les erreurs d'interprétation, puisqu'il est souvent transmis à des services externes (CMQ, 2005). De façon générale, retenons qu'il est préférable de ne pas utiliser d'abréviations et de symboles à moins qu'ils soient reconnus.

Les catégories

De nombreuses abréviations et symboles se regroupent en catégories, par exemple, celles référant aux médicaments. Elles indiquent le moment de l'administration, **PRN**: au besoin, la voie d'administration, **PO**: per os, la présentation, **CO**: comprimé et la dose, **ml**: millilitre, **mcg**, **L**.

Parmi les catégories, on retrouve les différents systèmes du corps: génito-urinaire **G-U**, gastro-intestinal **G-I**; les signes vitaux **SV** incluant la pression artérielle **PA**, le rythme respiratoire **RR**, la fréquence cardiaque **FC**, la température corporelle, **T°**; les examens radiologiques **RX** dont l'électrocardiogramme **ECG**, l'échographie **écho**; les pathologies telle que la maladie pulmonaire obstructive chronique **MPOC**; le personnel et les professionnels de la santé comme le préposé aux bénéficiaires **PAB**, l'infirmière **inf.**, le travailleur social **T.S.**, le psychiatre **Ψ**; les tests de laboratoire, par exemple, une formule sanguine complète **FSC**; les chirurgies comme la résection de l'anévrisme de l'aorte abdominale **RAAA** et toutes les autres comme **ingesta** et **excréta** **ing.** et **exc.**, pas de douleur rétro-sternale **Ø DRS**, etc.

SITUATION DE MONSIEUR LANDRY

Dans un premier temps, M. Landry se présente d'abord à l'urgence pour des douleurs abdominales. Dix jours après son congé, il se rend à son CLSC pour son rendez-vous annuel et fait part de douleurs au mollet. Nous vous présentons les notes qui ont été consignées au dossier de M. Landry à l'aide d'abréviations et de symboles les plus couramment utilisés.

À L'URGENCE

Information recueillie à l'accueil:

♂ de 54 ans, né à Montréal et d'origine caucasienne, marié et 4 enfants. Travaille le jour comme chauffeur de taxi.
Admis au CHU.
RC*: Dlr au QSD



En salle d'observation, l'infirmière Lucie Kolment procède à l'examen abdominal.

NOTES DE L'INFIRMIÈRE 1 : URGENCE (TRIAGE)

HMA:

M. Louis Landry se présente à l'urgence à 2:40 le 2011-09-10 pour Dlr aigue au QSD qui s'irradie dans tout le thorax depuis minuit. Il dit avoir des problèmes «avec son foie». A mangé un souper très riche en gras (steak - gâteau au fromage). Difficulté à digérer. A pris vers 23:00 un comprimé de Gaviscon 250 mg. Pas été soulagé. A vomi une grande quantité d'aliments et beaucoup de liquide.
2:40: Arrivé seul en marchant.
2:45: Client au triage.

SV: PA: 145/92, FC: 104 bpm,
RR: 24/min, T°: 38,5°C, SaO₂: 98 %
Dlr évaluée à 8/10 selon EED.
Client diaphorétique, pâle.
Priorité 3.

Louise Tremblay, inf.

Le degré de priorité 3 a été attribué à M. Landry selon l'échelle canadienne de triage et de gravité. Il est immédiatement dirigé vers la salle des cas semi-majeurs. Un rapport verbal ainsi que le dossier sont transmis à l'infirmière responsable de cette salle. Elle procède à l'installation de M. Landry et avise le médecin de l'urgence.

NOTES DE L'INFIRMIÈRE 2 : SITUATION SEMI-MAJEURE

2:55: Installé sur civière avec télémétrie dans première salle d'évaluation et MD avisé.
3:00: Évaluation effectuée par MD de l'urgence.

L'infirmière relève les ordonnances médicales suivantes:

- FSC – SMA-7 – Amylase – Troponine – Hémoculture X2 – ECG – RX* poumons et PSA* – Écho abd.
- Dextrose 5% ½ Normal Salin à 150ml/h (ou NaCl 0,45%).

- Morphine 3 mg IV.
 - Morphine 5 à 10 mg s/c à toutes les 3h PRN.
 - Gravol 50 mg IV stat puis toutes les 6h PRN.
 - Garder client NPO.
 - Consultation demandée en chirurgie.
- 3:10 : Labo fait. IV Dextrose 5 % ½ Normal Salin à 150 ml/h installé avant-bras D avec jelco #18.

SV : PA : 154/86, FC : 100bpm, RR : 20/min, SaO₂ : 98 %, Morphine 3 mg IV administré.
3:15 : Client transféré en salle d'observation sur civière 14.

Nicole Jean, inf.

L'infirmière effectue la prise et l'enregistrement des signes vitaux. Un rapport verbal ainsi que le dossier du client sont transmis à l'infirmière en salle d'observation.

NOTES DE L'INFIRMIÈRE 3 : SALLE D'OBSERVATION

3:20 : Client alerte et bien orienté dans les 3 sphères, très nauséux.

SV : PA : 136/80, FC : 88bpm, RR : 20/min, SaO₂ : 98 %, Gravol 50mg IV administré
3:30 : Départ sur civière pour RX avec PAB
4:30 : Retour à la salle et installé sur civière 14. Bien alerte et bien orienté. Pâle, peau sèche. Se plaint de Dlr abd intermittente QSD à 4/10. Aucune nausée. Auscult. card. : B1 et B2 rég. Ø souffle. Resp. facile et rég.

Auscult. pulm. : Bonne entrée d'air. MV entendus régions antérieure et postérieure du thorax.

Abd. : bruits intestinaux aux QS et QI, abd. souple et non distendu.

5:30 : Départ sur civière pour écho abd.

6:00 : Retour et réévalué par MD.

Consultation en chirurgie demandée.

Processus d'admission en cours.

7:00 : Vu par chirurgien. Inf.s.op. contactée. Consentement opératoire signé pour cholécystectomie par laparoscopie.

7:30 : Départ sur civière pour s.op.

Lucie Kolment, inf.

L'infirmière de la salle de réveil transmet un rapport téléphonique à l'infirmière responsable à l'unité de chirurgie.

NOTES DE L'INFIRMIÈRE 4 : UNITÉ DE CHIRURGIE

10:05 : Client de retour de la salle de réveil. Installé au lit 3062-1. Alerte et orienté dans les 3 sphères. Ø Dlr, Ø nausée. RR rég. et de bonne amplitude SaO₂ 98 % avec O₂ 2 l/min via lunettes nasales. Peau pâle, sèche et chaude. Lactate Ringer* à 150 ml/h via jelco # 20 main G fonctionne bien avec bon retour veineux. Pans abd. : stéri strip X 4 couvrant sites d'incision propres.
♥ : B1 et B2 présents et rég. Ø souffle. Poum. : bonne entrée d'air et MV entendus à tous les lobes. Abd. : Faibles bruits intestinaux QS et absents QI. Abd. souple et non distendu. Sonde vésicale # 16 en place, draine 100 ml d'urine jaune claire. Signes neuro-vasc : Mlx2 : bonne chaleur, coloration, mobilité, sensibilité, Ø œdème, pouls pédieux rég. et fort, temps de remplissage capillaire de moins de 2 sec. Ridelles élevées et cloche d'appel en main.
11:45 : Client prend quelques gorgées de soupe. Bien toléré.

12:45 : Se plaint de nausées.

12:55 : Maxéran 10 mg IV administré.

13:15 : Se dit soulagé.

14:15 : Dlr abd intermittente et évaluée à 6/10. Ø nausée. Pans abd. propres. Bruits intestinaux entendus aux 4 quadrants. Abd. souple et non distendu.

14:20 : Dilaudid 2mg s/c administré bras D.

15:15 : Dlr résiduelle à 1/10. Se repose.

16:00 : Sonde draine 350 ml d'urine claire.

Béatrice Sauriol, inf.

La prise et l'enregistrement des signes vitaux selon le protocole de « Surveillance des opiacés » se poursuit.

M. Landry reçoit son congé de l'hôpital avec un rendez-vous prévu dans six semaines. L'infirmière lui remet de l'information sur sa convalescence et sur ce qu'il doit surveiller après sa chirurgie : signes d'infection, soins d'hygiène, retour du fonctionnement intestinal, soulagement de la douleur et retour aux activités de la vie quotidienne.

AU CLSC

Dix jours après sa sortie de l'hôpital, M. Landry se rend au CLSC de son quartier pour son examen annuel avec l'IPSPL. Il a mal au mollet.



L'IPSPL Annabelle Rioux effectue une palpation du mollet gauche.

NOTES DE L'IPSPL PROCÉDANT À L'EXAMEN CLINIQUE COMPLET :

E/S

♂ 54 ans.

RC : Examen annuel et Dlr au mollet G.

ATCD pers. : Varicelle / oreillons à l'enfance.

Ongles incarnés 2001.

ATCD chirurgical :

Chirurgie au foie ; Ménisectomie D 2000.

ATCD fam. :

Père DCD IDM à 57 ans. Déjà eu des problèmes avec « son sang ».

Mère DCD d'un AVC et Db 2 à 72 ans.

Rx : Vit. B12 (2 mcg die).

Médicament en vente libre : Dit mettre des gouttes artificielles « Visine » dans les 2 yeux car il a les yeux secs.

Vaccins : à jour. Influenza chaque année.

Allergies : Ø.

HDV :

Tabac : Ø.

Alcool : 1 verre de gin die.

Drogue : A déjà consommé de la marijuana à 20 ans.

Alimentation : assez grasse, 2 cafés die 3 repas die.

HMA : Dlr au mollet G qui est plus vive et sous forme d'élanement lors de la conduite automobile et en position debout, ce qui le rend inconfortable. Il est soulagé lorsque la jambe est élevée. Dit se sentir un peu fatigué et ne sait pas trop ce qui se passe avec cette douleur soudaine.

RVS : Peau et annexes : Ø démangeaison.

Tête et cou : Ø malaises, port de lunettes pour presbytie depuis 10 ans.

Ø diminution audition.

Poum. : toux lors de grippe, Ø toux matinale, Ø hémoptysie, Ø essoufflement.

♥ : Dernier ECG en 2005, Ø DRS,

Ø palpitation.

G-I : Bon appétit. Ø RGO, selle die,

Ø rectorragie, Ø méléna.

G-U : PSA normal en 2009, Ø dysurie, Ø retard miction, Ø incontinence urinaire, 1 partenaire sexuel depuis 20 ans.

MI : Ø OMI.

Locomoteur : Dlr lombaire lors de fatigue.

Neuro : Ø perte de conscience, Ø convulsions.

E/O

BEG. Collabore bien.

PA : 150/82, FC : 100bpm,

RR : 20/min, T° 38° C, Poids : 198 lbs,

TT : 39 pouces, Taille : 5 pieds 8 pouces, IMC à 30,1.

Peau et annexes : Coloration normale, cicatrice genou D et aux 2 gros orteils.

Tête et cou : Inspection : cuir chevelu et cheveux normaux, Ø cicatrice, bonne amplitude des mvts du cou,

Ø adénopathies, Ø douleur au cou.

PVJ à 2 cm au-dessus de l'angle sternal avec tête de lit à 40°.

Champs visuels complets par confrontation. PERRLA.

Tympan normaux, Ø bombement, Ø érythème, reflet lumineux normal bilatéral.

Audition : test de Weber normal (CA>CO).

Poum. : Palpatio : vibrations vocales faces antérieure et postérieure.

Inspection : symétrie du thorax.

Auscult. : bruits normaux : MV audibles.

♥ : Auscult. : B1/B2 bien frappés et Ø B3 ou B4. Ø souffle.

Abd. : Inspection : Plaie : Ø écoulement, Ø rougeur.

Auscult. : Bruits intestinaux audibles.

Palpation normale, Ø Dlr, Ø masse.

OGE : Ø lésion, Ø écoulement anormal, testicules normaux bilatéraux.

TR : prostate volume normal, Ø masse, Ø Dlr.

MI : Inspection : Ø œdème, Ø érythème, 2 mollets : 12 pouces.

Palpation : mollet G, chaleur + légère sensibilité à la palpation. Pouls pédieux normal. Signe de Homans pos.

Locomoteur :

Inspection : Aucune déformation articulaire. Bonne amplitude des membres.

Annabelle Rioux, IPSPL

L'IPS ÉCRIT SES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES ET SON PLAN THÉRAPEUTIQUE SUR LA FEUILLE MÉDICALE

HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES	PLAN
Cholécystectomie ; plaie OK, Ø signes infection	
TVP de probabilité moyenne demandé - D-Dimère - PT-PIT	Écho doppler Référéncie MD partenaire pour Tx héparine
Embolie pulmonaire de probabilité faible : score de Wells à 1,5	
	Suivi PRN ou dans 3 mois

Les auteures



Claire Chapados est professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Lucie Giguère Kolment est enseignante en soins infirmiers au Cégep André-Laurendeau et travaille à l'Hôpital général du Lakeshore.

Les auteures remercient **Nancy Harocopos**, infirmière-chef de chirurgie à l'Hôpital général du Lakeshore, et **Annabelle Rioux**, IPSPL au CSSS Jardins-Roussillon à Châteauguay pour leur contribution à cet article.

Références

Bates, B. *Guide de l'examen clinique* (6^e éd.), Rueil-Malmaison (Fr), Arnette, 2010.

Brassard, Y. « La rédaction des notes d'évolution au dossier », présenté au Colloque de l'Association des enseignantes et des enseignants en soins infirmiers des Collèges du Québec (AEESICQ) – Cégep Saint-Hyacinthe, juin 2006.

Bureau de la traduction. *Le guide du rédacteur* (3^e éd.), Hull, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2011.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). *Abréviations, signes et symboles*, Montréal, CHUM – CMDP, 2010.

Collège des médecins du Québec (CMQ). *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés – Guide d'exercice*, Montréal, CMQ, décembre 2005.

Collège des médecins du Québec (CMQ). *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier – Guide d'exercice*, Montréal, CMQ, août 2011.

Fortin, M. *Math et Med. Gui de pour une administration sécuritaire des médicaments*, Montréal, Chenelière Éducation, 2010.

Giddens, J.F. et R.W. Langford. *Le G.I.P. en soins infirmiers. Guide d'information pratique*, Montréal, Beauchemin, 2005.

Jarvis, C. *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal, Beauchemin/Chenelière Éducation, 2009. Direction et révision scientifique de l'édition française par Claire Chapados.

Lewis, S.M., S.R. Dirksen, M.M. Heitkemper, L. Bucher, I.M. Camera. *Soins infirmiers – Médecine chirurgie*, Montréal, Chenelière Éducation, 2010.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Avis concernant la signature des notes d'évolution rédigées par les étudiantes, les externes ou les candidates*, Montréal, OIIQ – Direction des services juridiques, 2005.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Plan thérapeutique infirmier. La trace des décisions cliniques de l'infirmière. Application de la Loi 90*, Montréal, OIIQ, 2006.

Potter, P.A. et A.G. Perry. *Soins infirmiers – Fondements généraux* (3^e éd.), Chenelière Éducation, 2010.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SYMBOLES LES PLUS COURAMMENT UTILISÉS EN SITUATION CLINIQUE

Les abréviations et symboles suivis d'un * sont liés à l'examen clinique.

♀	femme
♂	homme
°C	degré Celsius
#	numéro
%	pour cent
♥	cœur
2L/min	2 litres par minute
ATCD fam. *	antécédents familiaux
ATCD pers. *	antécédents personnels
Auscult. card. *	auscultation cardiaque
Auscult. pulm. *	auscultation pulmonaire
AVC	accident vasculaire cérébral
B1/B2 rég *	1 ^{er} bruit et 2 ^e bruit du cœur réguliers
BEG *	bon état général
bpm *	battements par minute
CA>CO *	conduction aérienne plus longue que la conduction osseuse
<i>Son entendu plus longtemps par la conduction aérienne que par la conduction osseuse. Test effectué à l'aide d'un diapason dans l'épreuve de Rinne.</i>	
CHU	centre hospitalier universitaire
CLSC	centre local de services communautaires
cm	centimètre
D	droit
Db 2	diabète de type 2
DCD	décédé
die	une fois par jour
Dlr ou douL.	douleur
DRS	douleur rétro-sternale
E/O *	examen objectif
E/S *	examen subjectif
ECG	électrocardiogramme
Écho abd.	échographie abdominale
EED *	échelle d'évaluation de la douleur
FC	fréquence cardiaque
FSC	formule sanguine complète
G	gauche
G-I *	gastro-intestinal
G-U *	généto-urinaire
h	heure
HDV *	habitudes de vie
HMA *	histoire de la maladie actuelle
IDM *	infarctus du myocarde
<i>Ne pas utiliser IM (intramusculaire).</i>	
IMC *	indice de masse corporelle
inf.	infirmière
IPSPL	infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IV	intra-veineux
Labo	laboratoire
Lactate Ringer	<i>Doit être écrit au long et non LR.</i>
lbs	livres
<i>Les unités impériales sont encore utilisées par certains établissements.</i>	
M.	monsieur
mcg	microgramme
<i>Ne pas utiliser µg qui peut être mépris pour mg, soit une surdose équivalant à mille fois la dose voulue (CMQ, 2011).</i>	
MD	médecin
mg	milligramme
MI	membre inférieur

mL	millilitre
<i>Pour indiquer le dosage, ne pas utiliser cc/heure mais plutôt mL ou millilitre. L'abréviation cc peut être méprise pour un u (unité) et entraîner de graves accidents (CMQ, 2011).</i>	
MV *	murmures vésiculaires
Mvts	mouvements
Neuro-vasc	neurologique et vasculaire
NPO (<i>nil per os</i>)	rien par la bouche
Normal Salin	Ne pas utiliser NS pour Normal Salin.
<i>Éviter les abréviations pour désigner les médicaments (CMQ, 2011).</i>	
Ø	pas de
œil gauche, œil droit, les deux yeux	Il ne faut plus utiliser « OS » <i>oculus sinister</i> (œil gauche), « OD » <i>oculus dexter</i> (œil droit) et « OU » <i>oculus uterque</i> (deux yeux), car ils peuvent être confondus les uns avec les autres.
<i>Il faut écrire au long « œil gauche », « œil droit », « les deux yeux » (CMQ, 2011; Fortin 2011).</i>	
OGE *	organes génitaux externes
OMI *	œdème des membres inférieurs
PA	pression artérielle
PAB	préposé aux bénéficiaires
Pans	pansement
PERRLA *	Pupilles Égales, Rondes, Réactives à la Lumière et à l'Accommodation
Pos	positif
<i>Il est recommandé, selon le contexte, d'inscrire « pos » pour positif ou « plus » ou « et » et non + (CHUM, 2010).</i>	
Poum.	poumons
PRN ou prn (<i>pro renata</i>)	au besoin
PSA	plaque simple de l'abdomen
<i>Ne pas confondre avec le test PSA (Prostate Specific Antigen) appelé antigène spécifique prostatique ; le sigle anglais est fréquemment utilisé.</i>	
PT-PTT	Prothrombine Time pour Temps de prothrombine et Partial Thromboplastine Time pour Temps de céphaline activé
PVJ *	pression veineuse jugulaire
QI	quadrant inférieur
QS	quadrant supérieur
QSD	quadrant supérieur droit
RC *	raison de consultation
<i>RC peut aussi être utilisé pour rythme cardiaque : il est préférable d'inscrire FC pour fréquence cardiaque.</i>	
rég.	régulier
Resp.	respiration
RGO *	reflux gastro-œsophagien
RR	rythme respiratoire
RVS ou RS ou RDS *	revue des systèmes
RX	radiographie
<i>RX : Ces deux capitales désignent Radiographie. À ne pas confondre avec Rx qui veut dire prescription-médication.</i>	
Rx	prescription, médication
s.op. ou S.O.	salle d'opération
s/c	sous-cutané
SaO ₂	saturation partielle en oxygène
sec.	seconde
SMA-7	Sequential Multiple Analysis -7
Stat (<i>statim</i>)	immédiatement
SV	signes vitaux
T°	température
TR *	toucher rectal
TT *	tour de taille
TVP *	thrombose veineuse profonde
Tx	traitement
Vit.	vitamine
X2	deux fois