

Documentation des interventions

Responsabilité légale / confidentialité / délais

- Obligation légale de documenter
 - La documentation se doit de refléter de façon fidèle et exacte l'intervention auprès du patient. **Toute information consignée se doit d'être complète et véridique.**
 - Il est intéressant de rappeler que l'usager a un droit d'accès à son dossier médical et qu'il peut demander à le consulter. Il peut aussi demander qu'il soit amendé s'il considère que certaines informations sont inexactes.
-
- Les dispositions légales concernant le dossier médical de l'usager et son accès se retrouvent aux articles 19 et suivants de la *LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX(LSSS)*

CE QUI N'EST PAS ÉCRIT EST RÉPUTÉ NON FAIT.

Documentation des interventions

Responsabilité légale / confidentialité / méthode / délais

C'est quoi la Loi 25 ?

, Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels, positionne le Québec à l'avant-garde en matière de protection des renseignements personnels. 16 juin 2023



Gouvernement du Québec

<https://www.quebec.ca> › ministères-et-organismes › p...

Modernisation de la protection des renseignements personnels

Qui est concerné par la Loi 25 ?

Au Québec, toute entreprise privée qui recueille, traite ou communique des renseignements personnels est visée par cette loi.



Raymond Chabot Grant Thornton

<https://www.rcgt.com> › nos-conseils › loi-25-quels-i...

Loi 25 | Quels sont ses impacts sur votre entreprise?

Quelles
situations **ne**
nécessitent
pas un RIP ?

Blessure mineure sans atteinte neurovasculaire
ET sans cinétique significative

Demande de transport du centre médical par le
service d'ambulance externe

Principe de rédaction

LA BASE: Ayez en tête que si n'importe qui lit le RIP, il doit comprendre sans qu'il y ait un doute, que tous les systèmes ont été évalués à la recherche de signes d'instabilité ou de potentiel d'instabilité.

Exemple ?

État de la respiration : Normal



Exemple

Vous prenez charge d'un patient qui s'est senti mal et étourdis momentanément. Il va bien, il est stable et vous l'escortez à pied au centre médical qui est à proximité.

Quels sont les éléments à évaluer (et documenter) qui démontreront que le patient pouvait être pris en charge par vous ?

Rédaction du rapport

SPU

Nome (votre)

Signature _____

Date _____

Identification

Date : 23-04-01	# incident : 1234	Lieu : PL 1
Sexe : M	DDN : 1967-09-01	
Antécédents : CARDIAQUE		
Médicaments/Allergies : IODE		
Stabilité : Potentiellement instable	Nature du cas : Douleur thorax	(Autre – Spécifiez) :

Description du cas : Identifiez la raison de l'appel, à l'arrivée au chevet le patient est dans quelle position et son état d'éveil. Dérivez le contexte, la raison de l'appel.

Description du cas

APPEL pour dlr thoracique après effort (avoir soulevé une charge), A notre arr, patient assis à son poste de travail, conscient et alerte, semble pâle.

État de conscience : ☒ Alerte ☐ Verbal ☐ Douleur ☐ Inconscient Orienté ☒ Oui

État de la respiration : Amplitude et rythme, est ce que le patient se plaint d'une dyspnée. ? Si présence d'une dyspnée: est-ce que le patient est capable de faire des phrases complètes ? Est ce qu'il y a du tirage ? Des sons audibles ?? Toux ?

État de la respiration : Se dit essoufflé, respiration ample et régulière, aucun tirage

État de la circulation et cardiaque : OPQRST si douleur; Le pouls radial est-il perceptible et sa qualité ? Coloration de la peau, Température de la peau, Normotendu – hypotendu ou hypertendu ? Vos observation du monitoring ?

État de la circulation et cardiaque : DRS serrative 5/10 irradiant haut du dos, début graduel vers 12H00 après effort. Peau pâle et sèche, pls radial bien perceptible bilatéral, régulier, normotendu

Monitoring : Oui Spécifier le rythme : Rythme sinusal normal

Musculo-squelettique : Décrivez toute blessure ou plaie.

Musculo-squelettique :so

Autres symptômes : Décrivez les signes et symptômes qui n'ont pas déjà été identifiés dans les sections précédentes.

Autres symptômes : Nausées et vomissement x 2

Traitement : Avez-vous administré de l'oxygène, immobilisé un membre, appliqué un pansement, etc.

Traitement : O2 lunette 2 lpm,

Évolution : Est ce qu'il y a eu un changement dans l'état du patient jusqu'à la prise en charge par un autre intervenant ? Complication ?

Évolution : Avant l'arrivée des paramédics, moins essoufflé, DRS toujours présente 5/10. Aucune Nitro donnée dû à tachycardie, aucun autre changement ou complication.

Signes vitaux

Heure	RESP	PLS	SAT	TA	Glycémie
12:30	20	110	92AA	110/62	NA
Heure	RESP	PLS	SAT	TA	Glycémie
12:45	20	108	96avec O2	118/70	NA
Heure	RESP	PLS	SAT	TA	Glycémie
			---	/	

Mode de transport et destination

Cacolet ☐ Mega mover ☐ Planche dorsale ☐ Matela immob ☐ Chaise évacuation ☐ Civière ☒
NA ☐ Destination : CETAM

Intervenants

Matricule 1 : Signature : _____

Matricule 1 : Signature : _____

Note : Joignez une impression du monitoring et un résumé des signes vitaux

L'original doit être **signé** et laissé dans une enveloppe scellée au pigeonnier de l'AQ

Une copie électronique du RIP doit être envoyée par courriel à l'AQ